Nr 36 5. września 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

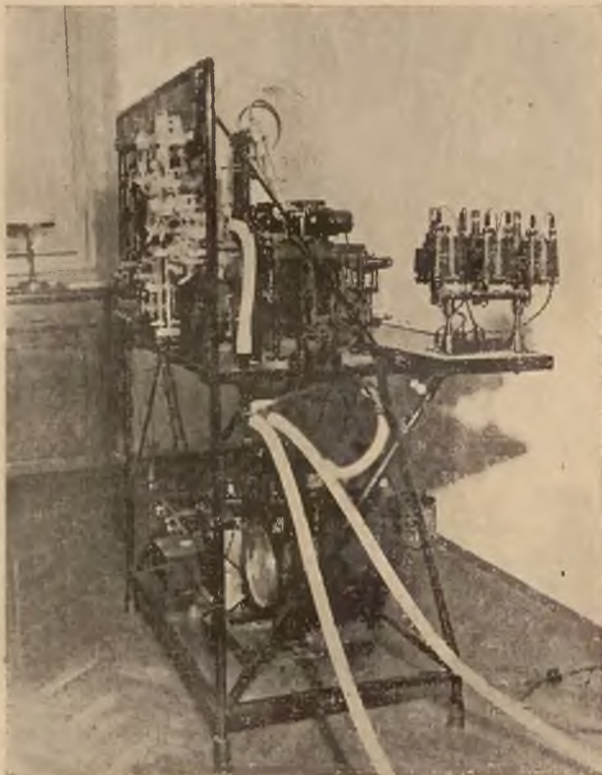
PRACE ORYGINALNE.

Dr Mieczysław NYKLIŃSKI, st. asystent. Kraków.

Oznaczanie przemiany materii aparatem prof. Reina.

Z Kliniki Lekarskiej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. dr Józef Latkowski.

W 1933 r. prof. Rein ogłosił nową metodę oznaczania podstawowego zużycia tlenu aparatem własnego pomysłu. Aparat tutaj opisany różni się od pierwotnego ulepszeniami wprowadzonymi z czasem (ryc. 1).



Ryc. 1. Aparat prof. Reina.

Zadaniem aparatu prof. Reina jest graficzne przedstawienie częstości oddechów, ich głębokości i ogólnej objętości oddechowej, przy równoczesnym oznaczeniu w powietrzu wydechowym ilości zużytego tlenu i wyprodukowanego bezwodnika węglowego.

Zasadniczą częścią aparatu są 4 rurki włoskowate, zaopatrzone na początku w kurki, którymi można regulować ilość dopływającego gazu.

Spośród tych czterech rurek, dwie służą do oznaczania bezwodnika węglowego (dla lepszej orientacji oznaczymy je przy dalszym opisie „systemem A") — pozostałe zaś dwie do oznaczania tlenu (nazywane tutaj systemem „B").

Co do systemu „A", to jest on połączony z aparatem w ten sposób, że do jednej z rurek dostaje się prąd powietrza, przepuszczony przez 2 naczynia, z których jedno jest wypełnione kwasem siarkowym, drugie zaś chlorkiem wapnia. Do drugiej rurki natomiast wprowadza się powietrze, przepuszczone przez 40% ług potasowy i asbest sodowany.

W systemie „B" jedna z rurek otrzymuje powietrze, tak, jak druga rurka systemu „A", przepuszczone przez ług potasowy i asbest sodowany, druga natomiast powietrze atmosferyczne, przeprowadzone przez złoża asbestu sodowanego.

Jeśli przez obydwa systemy przepuszczać się będzie powietrze atmosferyczne, można uregulować prąd powietrza przy pomocy kurków, umieszczonych na początku rurek w ten sposób, że szybkości przepływu prądu i skład powietrza w całym systemie będą jednakowe.

Prąd powietrza natrafia u wylotu każdej rurki na cienki (0,01 mm) drucik rozżarzony do czerwoności za pomocą prądu elektrycznego. Każdy z tych czterech drucików umieszczony jest w specjalnej dyszy, tak zbudowanej, aby go zabezpieczyć przed wymianą ciepła z otoczeniem.

Dwa druciki każdej pary rurek systemu „A", jak i „B" wraz z potencjometrem, akumulatorem i galwanometrem zwierciadłowym, tworzą układ mostka Wheatstone'a. Akumulator mostka jest zarazem źródłem prądu żarzenia drucików. Mostek ma na celu wyrównanie oporów elektrycznych w obu dyszach z drucikami żarzeniowymi każdego systemu, a regulacja odbywa się za pomocą potencjometrów.

Z chwilą uregulowania oporów, o ile przez oba systemy płynie prąd powietrza ze stałą prędkością, galwanometr odpowiedniego systemu nie ulega żadnemu wychyleniu. Aparat utrzymuje tak zwaną linię zerową.

Podobnie równoczesna i jednakowa zmiana prędkości prądu powietrza w obu rurkach jednego systemu nie ma wpływu na wychylenie galwanometru. O ile bowiem przez system rurek przepływa stały prąd powietrza (mieszaniny gazowej), ustala się stan równowagi pomiędzy ilością ciepła, wytworzoną w każdym druciku przez prąd elektryczny o stałym natężeniu przy niezmiennym oporze drucika, a ilością ciepła unoszoną wskutek konwekcji przez prąd powietrza przepływającego dyszą.

Z chwilą uzyskania punktu zerowego przyłącza się do aparatu, przez nastawienie odpowiedniego kurka, osobę badaną, która oddycha powietrzem atmosferycznym za pośrednictwem ustnika, połączonego z wentylami Krogh'a. Powietrze wdechowe przejść musi przez gazomierz, połączony z odpowiednim galwanometrem, znaczącym ilość wdychanego powietrza; z powietrza wydechowego, wydalanego na zewnątrz, część wessana za pomocą specjalnej pompy, rozdzielona zostaje w aparacie na dwie części i doprowadzona do wyżej opisanych systemów, celem oznaczenia zużytego tlenu i wyprodukowanego bezwodnika węglowego.

Gdy tylko powietrze wydechowe dostanie się do systemu „A" rurek, wytworzy się różnica prędkości prądu mieszaniny gazowej w obu rurkach. Jest ona następstwem zmiany stężenia mieszaniny w jednej z rurek włosowatych, wskutek ubytku CO_2, po przejściu mieszaniny przez naczynie z ługiem potasowym, gdzie dwutlenek węgla ulega adsorbcji.

Zmiana stężenia wywołuje równocześnie zmianę przewodnictwa cieplnego prądu powietrza, co wraz z różnicą prędkości powoduje zaburzenie równowagi pomiędzy ciepłem wytworzonym w obu drucikach przez prąd elektryczny, a unoszonym przez prąd powietrza. Innymi słowy, jeden z drucików chłodzony jest bardziej przez prąd gazu, niż drugi. To wpływa na zmianę oporów elektrycznych drucików, co za tym idzie, na naruszenie równowagi mostka Wheatstone'a, a więc wychylenie galwanometru proporcjonalne do ilości pochłoniętego CO_2.

Tę wyłączną zależność wychyleń galwanometru od różnicy prędkości prądu mieszaniny gazowej uzyskano drogą specjalnej konstrukcji aparatu, zwłaszcza urządzeń dotyczących systemu rurek włosowatych i dysz z drucikami żarzeniowymi. Materiały, z których sporządzono rurki i dysze, dobór wewnętrznych średnic rurek, umieszczenie ich w naczyniu z wodą (dla utrzymania stałej ciepłoty mieszaniny gazowej) mają na celu zrównoważenie, występujących równocześnie wraz ze zmianą prędkości wahań ciepła właściwego, gęstości i ciepłoty mieszaniny gazowej, aby nie dopuścić ich do oddziaływania na galwanometr.

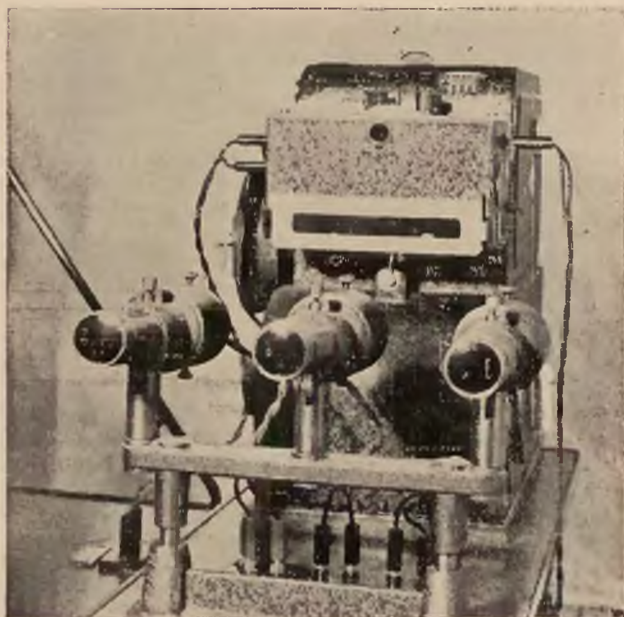
Nie bez znaczenia jest prędkość, z jaką aspirator ciągnie gaz przez system rurek, jej bowiem dobór w pewnych granicach rozstrzyga o tym, czy zależność wychyleń galwanometru od przypuszczalnych jej zmian pod wpływem związania bezwodnika węglowego będzie naprawdę liniowa.

Analogicznie do pierwszej pary, dostanie się do jednej z rurek włosowatych drugiego systemu rurek, oznaczonego literą „B" powietrza pozbawionego zupełnie bezwodnika węglowego,

a zubożałego w tlen, a zatem o zmienionym stosunku azotu do tlenu na korzyść tego pierwszego, powoduje zmniejszenie się przewodnictwa cieplnego i gęstości, a zarazem równoczesne zwiększenie się ciepła właściwego mieszaniny gazowej, co nie zachodzi w drugiej rurce.

W konsekwencji rozżarzony drucik w pierwszej rurce włosowatej chłodzony jest słabiej przez przepływający prąd mieszaniny gazowej, w związku z tym zmienia się jego opór i następuje wychylenie galwanometru, tym większe, im większe jest przesunięcie mieszaniny na korzyść azotu, czyli inaczej im większe jej zubożenie w tlen.

Galwanometry są zwierciadlane, oświetlone specjalnym systemem lunet i rzucające refleksy w postaci promieni świetlnych na kimograf, znajdujący się po przeciwległej stronie (ryc. 2).

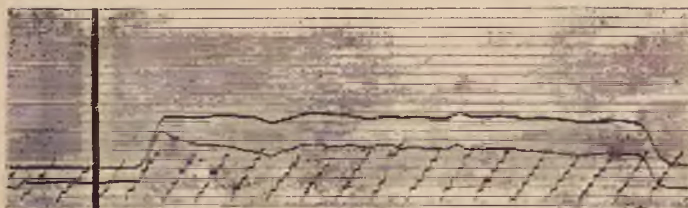


Ryc. 2. Kimograf oraz trzy lunety oświetlające galwanometry.

Przy wychyleniu galwanometrów przychodzi w następstwie do przesunięcia promieni świetlnych, które zapisują to na papierze fotograficznym.

Galwanometrów jest trzy, z tego dwa dla mostka Wheatstone'a, a trzeci dla oznaczenia pojemności oddechowej. Ten ostatni połączony jest z aparatem, rejestrującym wychylenia gazomierza.

W wyniku otrzymujemy trzy krzywe — jedną oznaczającą ilość wyprodukowanego bezwodnika węglowego, drugą oznaczającą ilość zużytego tlenu, a trzecią częstość i głębokość oddechów wraz z pojemnością oddechową — jak to widać na ryc. 3.



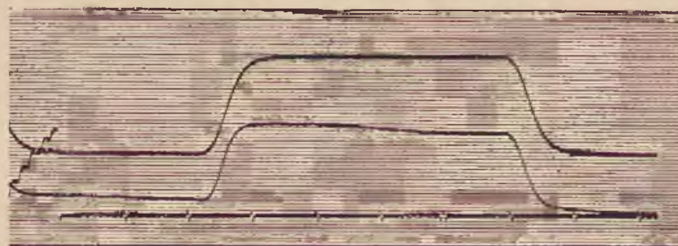
Ryc. 3. Wykres przemiany u badanego.

Jakkolwiek wychylenia galwanometrów są proporcjonalne do ilości zużytego tlenu i wyprodukowanego bezwodnika węglowego, jednakże z powodu tego, że czułość galwanometrów może ulegać zmianom, — gdyż jest ona zależna od nastawienia aparatu — wielkość tych wychyleń nie daje nam jeszcze wartości procentowej O_2 i CO_2.

Dlatego codziennie przed prowadzeniem oznaczeń, trzeba przepuścić przez aparat mieszaninę gazu, w której procent tlenu i bezwodnika węglowego oznaczono przyrządem Haldane'a i przez porównanie wielkości z wychylenia w aparacie Reina z wartościami uzyskanymi przyrządem Haldane'a otrzymuje się poprawkę, którą przy obliczeniach należy uwzględnić.

Wykres mieszaniny gazowej (która jest powietrzem wydechowym badającego) — znajduje się na ryc. 4.

W klinice wykonano szereg oznaczeń u pewnej grupy chorych, którzy pozostawali przez 3 dni przed oznaczeniem na diecie Krogh'a.



Ryc. 4. Wykres powietrza dla cechowania aparatu.

Przemiany oznaczano osobno metodą Haldane'a i osobno aparatem Reina. Jak widać z załączonej tabeli, wyniki niemal w zupełności się zgadzają.

Chorzy	Aparat Haldane'a współczynnik oddechowy RQ	przemiana materii	Aparat Reina współczynnik oddechowy RQ	przemiana materii
W. Z. lat 21	0.80	+ 1.3%	0.83	— 2.1%
U. W. lat 19	0.80	— 1.2%	0.79	+ 1.2%
L. W. lat 45	0.78	+ 10.6%	0.77	+ 2.5%
J. Z. lat 62	0.70	+ 11.2%	0.71	+ 2.0%
S. M. lat 28	0.83	+ 3.3%	0.87	+ 2.2%
B. A. lat 21	0.76	+ 2.8%	0.78	+ 1.4%
S. K. lat 21	0.86	+ 10.3%	0.85	+ 2.1%
M. J. lat 37	0.96	+ 6.6%	1.00	— 4.1%
L. E. lat 44	0.87	— 9.0%	0.80	— 5.2%
Z. Fr. lat 23	0.83	— 5.1%	0.90	— 5.7%
K. Z. lat 45	0.77	— 17.4%	0.78	— 14.3%
F. Z. lat 21	0.89	+ 8.0%	0.83	+ 6.7%
K. M. lat 16	0.84	+ 10.0%	0.73	+ 12.8%
K. J. lat 43	0.73	+ 11.15%	0.70	+ 17.1%
Cz. M. lat 31	0.86	+ 15.0%	0.90	+ 20.0%
S. N. lat 32	0.78	+ 44.4%	0.79	+ 39.0%
J. A. lat 25	0.71	+ 50.0%	0.74	+ 45.2%
Ch. Zd. lat 57	0.74	+ 70.0%	0.74	+ 80.0%
H. W. lat 57	0.74	+ 70.0%	0.70	+ 80.0%
C. Z. lat 27	0.75	+ 80.0%	0.73	+ 77.0%

Pewne rozbieżności, jakie się dają zauważyć w niektórych wynikach, nie pochodzą z przyczyny wadliwości aparatu, a tylko są następstwem nie równoczesnego oznaczania przemiany, a zatem niemożności stworzenia identycznych warunków. U chorego bowiem najpierw oznaczano przemianę aparatem Reina, a bezpośrednio potem dopiero Haldane'a.

Różnica w czasie i sposobie pobierania powietrza sprawiała, że nie każdy chory potrafił przystosować się do zmiany warunków, co objawiało się różnicą w ilości oraz głębokości oddechów i różnicą w objętości oddechowej.

W każdym razie należy zaznaczyć, że wahania te odbywają się w granicach błędu doświadczalnego, przy czym potrzebne dane, co do orientacji o przebiegu przemiany materii w danych przypadkach, otrzymuje się zupełnie dobrze.

Zastanawiając się nad właściwościami nowego aparatu, podnieść należy następujące jego zalety:

Zmiany zachodzące w zawartości badanej mieszaniny gazowej utrwalone zostają na papierze fotograficznym. Po uruchomieniu aparatu można dokonywać dużej ilości oznaczeń, przy czym zatrudniona jest tylko jedna osoba obsługująca aparat.

Wyniki otrzymane przy oznaczaniu omawianym aparatem dają pewność precyzyjnej dokładności. Jak wyżej wspomniano, i jak to widać z załączonej tabeli, zgadzają się one zupełnie z wynikami otrzymanymi przy oznaczaniu metodą Haldane'a, która z powodu swej dokładności i pewności znalazła szerokie zastosowanie. Metoda Reina przewyższa ją jednak wybitnie tym, że zmiany składu powietrza wydechowego natychmiast zostają zapisywane przez aparat, oraz przedstawione graficznie i ilościowo, przez co przy badaniach zyskuje się na czasie. Graficzne przedstawienie procesów przemiany materii oddaje cenne usługi przy obserwacji przemian, dokonywujących się w organizmie.

Oznaczać można nie tylko przemianę spoczynkową, ale także przemianę w czasie obciążenia pracą, przy czym otrzymuje się dokładny wgląd na zmiany zachodzące przy obciążeniu, jako też występujące w czasie zaprzestania doświadczenia i powrotu do stanu spoczynku.

Ponieważ zmiany, zachodzące w powietrzu wydechowym, odbierane zostają przez wrażliwą na nie część aparatu dopiero po pewnym, ściśle określonym czasie, istnieje specjalne świetlne urządzenie, które czarną linią (widoczna na ryc. 3) zaznacza chwilę rozpoczęcia doświadczenia; okres zaś czasu ulywający między włączeniem badanego przedmiotu, a reakcją aparatu nazywamy okresem utajonym. Dzięki temu urządzeniu możemy w czasie obciążenia pracą, uwzględniając okres utajony, dokładnie obliczyć, po jakim czasie następuje reakcja ustroju na obciążenie, jako też jak długo utrzymuje się po zaprzestaniu pracy. Równie dobrze, jak wpływ pracy na ustrój, badać można działanie wyciągów gruczołowych i środków chemicznych.

Dzięki graficznemu przedstawieniu zyskujemy możność badania zachodzących zmian nie tylko w ciągu dłuższego czasu, ale także i bardzo krótkich okresów czasu.

Dzięki otrzymywanym ilościowym danym co do zużytego tlenu i wyprodukowanego bezwodnika węglowego, można każdej chwili oznaczyć współczynnik oddechowy (R. Q.), co umożliwia wgląd na sprawy chemiczne podczas czynności mięśni.

Wreszcie specjalne urządzenie, włącznie z odpowiednim galwanometrem, zapisując poszczególne pojemności oddechowe oraz same oddechy, pozwala na badanie zmian w czasie obciążenia, dotyczących pojemności oddechowej, jako też głębokości poszczególnych oddechów.

Na tym jednak nie kończy się zakres możliwości aparatu, ponieważ należy wymienić dodatkowe urządzenie dla oznaczania powietrza pęcherzykowego. Przewidziana jest również możność wykonywania doświadczeń na zwierzętach.

Streszczając ten przegląd cech dodatnich aparatu Reina, stwierdzić musimy, że przewyższa on dotychczasowe aparaty, służące do tegoż co on celu, rozszerzając zakres badań i udoskonalając jego metody, daje nam dużo więcej możliwości do ścisłego ujęcia danych zagadnień.

Dr Zygmunt ALBERT, st. asystent. Lwów.

Przyczynek do utkania i zachowania się złośliwych guzów przysadki mózgowej i przewodu czaszkowo-gardłowego.

Z Zakładu Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie.
Kierownik: Prof. dr W. Nowicki.

Gruczolaki, wychodzące z przedniego płata przysadki mózgowej, przedstawiają bardzo różnorodne zmiany anatomiczne i objawy kliniczne. Mimo żmudnych doświadczeń na zwierzętach i licznych spostrzeżeń na ludziach nie udało się pewnie stwierdzić, które zmiany anatomiczne i objawy kliniczne należy przypisać zmianom w samej przysadce, a które uciskowi na nią wywartemu lub zniszczeniu jąder podstawnych śródmózgowia, tak często zachodzących w przypadkach nowotworów przysadki. Sprawa wikła się jeszcze wskutek tego, że gruczolaki przysadki wywołują prawie zawsze zmiany w innych gruczołach wkrewnych, dlatego też trudno określić, czy stwierdzone zmiany anatomiczne i objawy kliniczne innych narządów należy przypisać zmianom w samej przysadce, czy następowo zmienionym innym gruczołom wkrewnym. Należy podkreślić, że te trudności są większe w przypadkach nowotworów przysadki, aniżeli innych gruczołów wkrewnych. Coraz częściej podkreśla sie to, że przysadka jest tym nadrzędnym gruczołem, który reguluje wzajemną zależność gruczołów wkrewnych. Dlatego też nie powinno się wiązać zmian anatomicznych i objawów klinicznych, występujących przy nowotworze jednego z gruczołów wkrewnych, tylko z tym gruczołem, lecz należy zbadać jak najdokładniej wszystkie inne gruczoły wkrewne, gdyż inaczej wnioski mogą być błędne.

Zanim przystąpię do opisu moich dwu przypadków muszę zaznaczyć, że nie mają one pełnej wartości, gdyż z powodu ciężkiego stanu i krótkiego pobytu na Oddziale szpitalnym nie zostały dokładnie zbadane, w szczególności nie zbadano czynności gruczołów wkrewnych. Uważam, że tylko te przypadki mogą mieć pełną wartość, które zostały zbadane wszechstronnie klinicznie, następnie anatomicznie. Niestety, takich przypadków jest stosunkowo mało; znaczna ilość przypadków klinicznie szczegółowo opracowanych umiera poza szpitalem, wskutek czego nie ma potwierdzenia anatomicznego, i odwrotnie, często zgłaszają się na Oddział chorzy już w tak ciężkim stanie (jak to było w moich przypadkach), że nie można przeprowadzić nawet najniezbędniejszych badań.

I. *Pierwszy przypadek* dotyczył 20-letniej kobiety, M. A., wyznania mojżeszowego, niezamężnej. Wywiady uzyskane na Oddziale Chorób Nerwowych Państwowego Szpitala Powszechnego od mało inteligentnych rodziców i od samej chorej, będącej w ciężkim stanie, oraz stan obecny (dr W. Stein) przedstawiają się następująco:

W dzieciństwie przeszła płonicę, zresztą nigdy nie chorowała. Miesiączki nigdy nie miała. Ukończyła 5 klas szkoły powszechnej, potem przez 3 lata uczyła się szycia. Obecna choroba trwa mniej więcej od 5 lat, a jako objawy chora podaje bóle głowy, drżenie kończyn, osłabienie wzroku i pamięci. Objawy te w ostatnim czasie znacznie się wzmogły. Badanie na Oddziale stwierdziło znaczne upośledzenie rozwoju umysłowego. Czaszka bolesna. Wzrok upośledzony tak, że chora widzi zaledwie obrysy przedmiotów; w dnie oka stwierdza się obrzęk tarczy i krwotoki. Porażeń nie stwierdzono, tylko niezborność ruchów i drżenie kończyn (przeczulicę na ból należy przypisać prawdopodobnie stanowi psychicznemu). Chód jest bardzo niepewny, chora zatacza się na prawo. Romberg dodatni. W płynie mózgowo-rdzeniowym ksantochromia, zwiększona ilość białka i mierna pleocytoza (równa ilość leukocytów i limfocytów) Odczyn Wa. ujemny. Cukru w moczu nie stwierdzono. Chora stała się po kilku dniach senna, zanieczyszczała się, kontaktu nie można było z nią nawiązać.

Zdjęcie czaszki wykazało: sklepienie czaszki cienkie, w przedniej jamie czaszkowej pogłębione wgłobienia palczaste. Jama klinowa: tylne wyrostki klinowe i grzbiet siodełka są zupełnie niewidoczne. Pozostałości wyrostków klinowych przednich są ponadżerane i odwapnione. Na podstawie tych badań należało przyjąć obecność guza znacznych rozmiarów, wychodzącego prawdopodobnie z przysadki, który wyrósł ponad przeponę siodełka *(diaphragma sellae)*, i, powodując wodogłowie wewnętrzne, wywołał objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego. Znaczne zmiany siodełka i cienie wapienne przemawiały przeciw obecności guza Erdheima. Budowa ciała przemawiała za wczesnym początkiem choroby i długim jej trwaniem. Badań przemiany materii z powodu ciężkiego stanu chorej nie można było wykonać.

Sekcja (L. prot. sekc. 279/36), wykonana w 17 godzin po śmierci, wykazała następujący obraz:

Zwłoki kobiety, wyglądającej na 16 lat, wzrostu niskiego (145 cm), budowy kośćca odpowiedniej. Tkanka tłuszczowa jest obficie rozwinięta w zakresie twarzy i tułowia (na brzuchu 6,5 cm grubości). Sutki małe, okrągłe, na szerokiej podstawie Owłosienie głowy prawidłowe, w zakresie pach i wzgórka łonowego bardzo skąpe. Twarz skutkiem zwiększonej na niej ilości tkanki tłuszczowej jest okrągła i robi wrażenie twarzy dziecięcej. Szyja jest krótka i miernie szeroka.

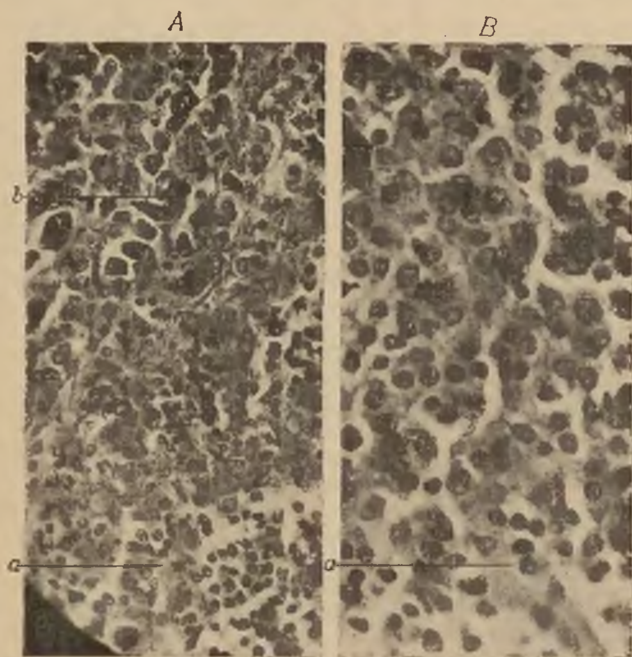
W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej stwierdziłem: stare zrosty w lewej jamie opłucnej, nieznaczne przekrwienie i obrzęk płuc, zapalenie odoskrzelowe dolnych płatów płuc, zmiany pylicze i zwapnienie gruczołów limfatycznych okołooskrzelowych. Tętnica główna jest wąska. Grasicy nie można wykazać. *Tarczyca* mała (15,5 g), na przekroju połyskująca, żółtawa. *Gruczoły przytarczyczne* są wielkie, żółtawe i dość twarde. *Śledziona* jest mała, dobrze ukrwiona, krucha. *Nadnercza* wagi 5 g, jasno żółte, o szerokiej korze i stosunkowo cienkiej części rdzennej. *Trzustka* (42,5 g), nerki i wątroba są małe. W jelitach grudki limfatyczne są powiększone. Wewnętrzne narządy rodne są w wysokim stopniu niedorozwinięte tak, że macica z pochwą i przydatkami ważyła zaledwie 10 g. *Jajniki* są małe (0,45 g), wydłużone, jak u małych dzieci, twarde, z gładką powierzchnią.

Czaszka krótka, kości jej są cienkie. Opony blade. Mózg jest również blady, zwoje silnie spłaszczone, rowki wygładzone, komory znacznie rozszerzone i wypełnione wodojasnym płynem. *Szyszynka* jest wyraźnie pomniejszona. Siodełko tureckie jest znacznie rozszerzone i pogłębione; szerokość jego wynosi 3,5 cm, długość 2,5 cm, głębokość 2 cm. Ściany boczne i przednie siodełka są znacznie zniszczone wskutek ucisku wywartego przez guz siedzący w siodełku. Guz jest wielki jak duży orzech włoski i składa się z kilku mniejszych guzków wielkości grochu a nawet fasoli. Kilka guzków jest miękkich, rozłażących się, barwy brunatno czerwonawej, inne są szarawe i oporniejsze. Guz jest połączony z podstawą mózgu w miejscu odpowiadającym guzowi szaremu, lejkowi i ciałkom bliźniaczym i niszczy zupełnie wymienione części mózgu. W tyle guza znajduje się most, do boków droga wzrokowa spłaszczona (*tractus n. opticorum)*, do przodu zaś znacznie spłaszczone skrzyżowanie nerwów wzrokowych, pod które guz wciska się i przebija przednią ścianę uchyłka wzrokowego i wydostaje się do przodu od skrzyżowania. Po przecięciu mózgu w płaszczyźnie czołowej, w miejscu odpowiadającym guzowi szaremu stwierdziłem obraz następujący: uchyłek wzrokowy jest znacznie rozszerzony i wypełniony szarawą masą nowotworową, która, zniszczywszy

w tym miejscu spoidło przednie, wciska się przez uchyłek trójkątny *(recessus triangularis)* do dna III komory i przebija następnie do III komory, w postaci guza wielkości grochu. Sąsiadująca tkanka mózgowa, przylegająca do guza, przedstawiała się w postaci pasa, szerokości 2 mm, barwy szarawej, dość ostro odcinającego się od guza, bardziej szaro zabarwionego, jako też od jaśniejszej, prawidłowej tkanki mózgowej.

Badanie mikroskopowe. Do badania mikroskopowego pobrałem wycinki z guza i przylegającej do niego tkanki mózgowej, z szyszynki, sutków, tarczycy, przytarczyc, trzustki, nadnerczy, jajników i z tkanki, mogącej zawierać pozostałości grasicy.

Guz przedstawiał utkanie dość różnorodne. Jeden z guzków wykazywał już gołym okiem w obwodowej części wąski pas, ostro odgraniczony, uciśnięty przez masy komórkowe, leżące wewnątrz guza. W pasie tym na obwodzie stwierdza się liczne komórki główne, mniej liczne komórki zasadochłonne oraz nieliczne komórki kwasochłonne, natomiast bliżej ku środkowi tego pasa przeważają komórki zasadochłonne (Ryc. 1 A). Cały ten pas jest silnie przekrwiony. Przyśrodkowo od tego pasa utkanie gruczołowe nieco się zaciera i stwierdza się wyłącznie komórki główne (Ryc. 1 B). W innym mniejszym guzku widać na



Ryc. 1. Gruczolak przysadki. a — komórki główne; b — komórki zasadochłonne.
Mikrofotografie: A. powiększenie 265 razy, B 470 razy.

obwodzie wąski pas silnie unaczynionej tkanki gruczołowej, złożonej z komórek głównych, a przyśrodkowo od tego pasa jest typowe utkanie tylnego płata. W samym środku tego guzka widać jednak wnikające masy nowotworowe, ciągnące się od przeciwległego obwodu, złożone z gęsto ułożonych komórek głównych o nieco zatartej budowie gruczołowej; wnikają one pojedynczo i pasmami między włókna gleju. Inne guzki składają się przeważnie z mas nowotworowych, w postaci gęsto ułożonych komórek głównych.

W tkance mózgowej sąsiadującej z guzem stwierdza się liczne gniazda komórek, odpowiadających komórkom głównym przedniego płata przysadki. Poszczególne gniazda oddziela od siebie tkanka glejowa. Na samym brzegu guza widać pasmo utkania, przypominające utkanie zbitej tkanki glejowej, która odgranicza tkankę nowotworową jakby torebką od dalszych niezmienionych części mózgu. Miejscami widoczna jest wyściółka komór, poprzerywana przez tkankę nowotworową.

Szyszynka. Typowego utkania szyszynki nie mogłem stwierdzić. Tylko w jednym miejscu obficie unaczynionym, na niewielkiej przestrzeni było ognisko o utkaniu gruczołowym, zbliżone wyglądem do utkania szyszynki. Poza tym są widoczne dość obfite gniazda komórek, odpowiadające utkaniu guza w przysadce.

Gruczoł piersiowy składa się z porozszerzanych gruczołów ze scieńczałym nabłonkiem. Dookoła gruczołów znajduje się szklisto zmieniona tkanka łączna, uciskająca światło gruczołów, które skutkiem tego przedstawiają się w postaci szczelinowatych przekrojów.

Tarczyca. Pęcherzyki są rozszerzone, nabłonki ich spłaszczone, miejscami zupełnie zanikłe. Światło pęcherzyków jest wypełnione obfitym, różowo barwiącym się koloidem.

Przytarczyce są przekrwione i mają prawidłową budowę.

Trzustka jest poprzerastana tkanką tłuszczową, wysepki Langerhansa w znacznie zmniejszonej ilości.

Nadnercza. Kora jest zgrubiała we wszystkich warstwach, rdzenna zaś część wykazuje prawidłową budowę. Warstwy obwodowe kory zawierają obfite lipoidy, podczas gdy warstwa siateczkowata niemal zupełnie ich nie zawiera.

Jajniki są zwłókniałe, miejscami tylko widoczne są w nich poszczególne pęcherzyki Graafa, które są małe.

Utkania *grasicy* nie mogłem wykazać.

A zatem w opisanym przypadku u kobiety młodej, o budowie wyraźnie dziecięcej, jest znacznych rozmiarów gruczolak, zbudowany z komórek głównych przedniego płata przysadki, zachowujący się złośliwie, gdyż naciekający płat tylny przysadki i tkankę mózgową i dający przerzut do szyszynki. Wszystkie narządy wewnętrzne, zwłaszcza gruczoły wkrewne, z wyjątkiem przytarczyc i nadnerczy, są wybitnie niedorozwinięte i zanikające. Przytarczyce i nadnercza są wyraźnie przerosłe, a tarczyca, mimo niedorozwoju wykazuje histologicznie obraz nadczynności.

Jak wiadomo, w przednim płacie przysadki rozróżnia się trzy rodzaje komórek, zależnie od sposobu ich barwienia; komórki główne, czyli chromofobne w przeciętnej ilości 52%, kwasochłonne 37% i zasadochłonne 11% (Rasmussen, Bailey). Hornowski uważał, że ilościowo komórki kwasochłonne przeważają nad głównymi. Każdy rodzaj tych komórek może być miejscem wyjścia gruczolaka. Najczęściej zdarzają się gruczolaki, wychodzące z komórek chromofobnych (53%), potem idą zasadochłonne (27%), mieszane (12,4%), najrzadziej zdarzają się gruczolaki kwasochłonne (12,4%) (Costello i Russel) Bailey zaprzecza w ogóle istnieniu gruczolaków zasadochłonnych w postaci guzów widzialnych gołym okiem; twierdzi on, że możemy je co najwyżej rozpoznawać mikroskopowo w przysadce o prawidłowej wielkości.

O znaczeniu poszczególnych rodzajów komórek przysadki niewiele wiemy. Stosunkowo najbardziej znane jest znaczenie komórek kwasochłonnych, których nadczynność przed ukończeniem wzrostu daje wzrost olbrzymi (gigantyzm), po ukończeniu akromegalię, przeciwnie ich czynność obniżona daje karłowatość lub wstrzymanie wzrostu. Wytwarzałyby one zatem hormon wzrostu (Evans).

Komórkom zasadochłonnym przypisuje się wytwarzanie hormonów endokrynotropowych (Aschheim i Zondek, Aron i Loeb, Lucke), według Teela i Cushinga, przede wszystkim gonadotropowych. Przed kilku laty Cushing wyodrębnił, jak wiadomo, szereg objawów klinicznych (w mniejszym stopniu zmian anatomicznych), występujących w przypadkach gruczolaków zasadochłonnych. Do nich należą: szybko rozwijająca się otyłość (zwyczajnie bolesna) bez zajmowania kończyn, skłonność do powstawania garbu, zaburzenia czynności gruczołów płciowych z ustaniem miesiączki lub niedołęstwem (impotencja), nadmierne owłosienie twarzy i tułowia, wygląd pełnokrwisty, z zanikowymi liniami skóry, szczególnie brzucha, wzmożone ciśnienie krwi, bóle pleców, łatwe męczenie się i silne okresowe osłabienie. Poza tym mogą istnieć stałe objawy lub zmiany, jak wybroczyny skóry, bóle oczu z lekkim wytrzeszczem, obrzęk tarczy wzrokowej, wybroczyny i krwotoki w siatkówce i wiele innych. Z zaburzeń gruczołów wkrewnych istnieje niekiedy niedomoga trzustki, nadczynność tarczycy, zanik gruczołów płciowych.

Wśród gruczolaków przysadki stosunkowo najczęściej zachodzące gruczolaki chromofobne nie dają jednolitych objawów, chociaż sądzę, że raczej nie umiemy ich tak zebrać, jak to zrobił Cushing z objawami gruczolaków zasadochłonnych. Cała trudność leży w tym, że, jak już wspomniałem, wikłają się one z objawami i zmianami innych gruczołów dokrewnych oraz ze zmianami części mózgu, leżącymi w sąsiedztwie przysadki. Wystarczy przytoczyć choćby 2 przypadki złośliwych gruczolaków chromofobnych Illiga, rozwijających się u dorosłych osób, w których w jednym przypadku rozwinął się typowy obraz *dystrophia adiposo-genitalis,* podczas gdy w drugim przypadku był niejasny obraz z wyraźnym spadkiem ciężaru ciała. Podobnie także inni autorowie nie zauważyli jakiegoś typowego obrazu klinicznego w przypadkach gruczolaków chromofobnych (Cushing i in.).

Badania doświadczalne autorów, wykonane na zwierzętach z zastrzykiwaniem wyciągu z przedniego płata przysadki oraz z wycinaniem przedniego płata, i badanie rozwijających się

zmian w innych gruczołach wkrewnych, przemawiają za tym, że w przypadku przeze mnie opisanym istniała nadczynność przedniego płata przysadki (Houssay, Biasetti i Mazzocco, Houssay i Sammartino, Houssay, Biasotti i Magdalena, Schoeckaert, Schenk, Brauer i in.). Trudno jednak rozstrzygnąć, czy nadczynność przysadki powstała wyłącznie wskutek zwiększonej ilości komórek głównych, czy też miała tu znaczenie zwiększona ilość komórek zasadochłonnych, widoczna w pozostałości prawidłowej przysadki. Pewne objawy i zmiany, jak otyłość ograniczona do tułowia z ominięciem kończyn, zanik jajników, brak miesiączek, wybroczyny i krwotoki w siatkówce, obrzęk tarczy wzrokowej, nadczynność tarczycy mogłyby odpowiadać niektórym objawom i zmianom, istniejącym w przypadkach gruczolaka zasadochłonnego, należy jednak pamiętać, że brak tu szereg zasadniczych objawów, według Cushinga potrzebnych do rozpoznania nadczynności komórek zasadochłonnych. Natomiast, mając wyraźny obraz dziecięcości przysadkowej, należy przyjąć, że jest zmniejszona czynność komórek kwasochłonnych (Paltauf, Chauvet). Trudno również orzec, jakie znaczenie w opisanym przypadku miało zniszczenie guza szarego, przerwanie systemu przysadkowo-śródmózgowego ucisk nowotworu na jądra podstawowe mózgu oraz nacieczenie nowotworowe tylnego płata przysadki. Mimo tylu niewyjaśnionych objawów, ogłaszam ten przypadek z tą myślą, że może jednak na podstawie opisu klinicznego i anatomicznego takich przypadków potrafimy z czasem utworzyć kliniczny i anatomiczny obraz gruczolaka chromofobnego, tak jak to zrobił Cushing w przypadkach gruczolaka zasadochłonnego.

II. *Drugi przyp.* dotyczy mężczyzny A. B., lat 55, wyznania mojżeszowego, czeladnika piekarskiego. Chory od półtrzecia tygodnia. Przed tym czuł się zawsze zdrowym. Obecna choroba rozpoczęła się napadowymi bólami kłującymi w okolicy podżebrza prawego, trwającymi kilkanaście minut, powtarzającymi się kilka razy dziennie. W trzecim dniu choroby powyższe bóle ustąpiły, zjawiła się gorączka (około 38°) i bóle głowy, niedające się uśmierzyć zwyczajnymi środkami przeciwbólowymi. Bóle głowy trwały kilka dni, po czym ustąpiły prawie zupełnie. Trzy dni przed śmiercią chory został przyjęty do szpitala i wówczas skarżył się jedynie na osłabienie, brak łaknienia oraz ból gardła, trwający dwa dni.

Badanie fizykalne na Oddziale, poza zaczerwienieniem gardła i powiększeniem migdałków, rzężeniami nad dolnym płatem lewego płuca oraz wybroczynami w skórze, żadnych zmian nie wykazało. Odczyny Wassermanna i Sachs-George'a na kiłę i Vidala na dur brzuszny wypadły ujemnie. W moczu wykazano znaczną ilość białka, poszczególne ciałka białe i czerwone; cukru nie wykazano. Ciepłota ciała, mierzona w szpitalu w przeciągu trzech dni, miała charakter intermitujący od 36.6° rano do 39° wieczorem. Liczba białych ciałek we krwi wynosiła 30.000 w 1 mm³. Dwanaście godzin przed śmiercią wystąpiło porażenie lewej powieki. Chory był przytomny niemal do ostatniej chwili.

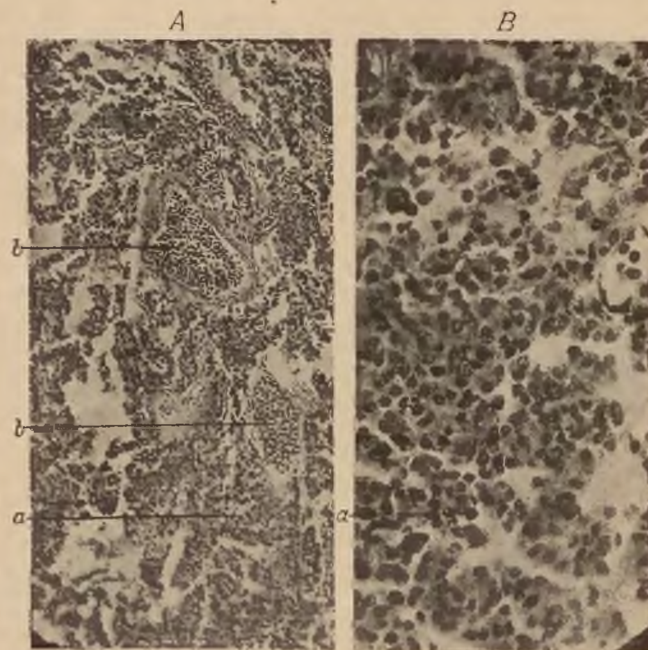
Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Pneumonia lobi inferioris sin. Endocarditis septica.*

Sekcja (L. prot. sekc. 1208/36), wykonana w 11 godzin po śmierci, wykazała następujący obraz:

Mężczyzna wzrostu 160 cm, budowy kośćca odpowiedniej, otyły (wagi ciała 90 kg), z tkanką tłuszczową silnie rozwiniętą, najmniej na kończynach. Skóra jest delikatna, miękka, wilgotna, na tułowiu wykazuje wybroczyny, wielkości główki szpilki. Owłosienie poza skórą głowy bardzo rzadkie, typu kobiecego. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej stwierdzono wybroczyny na opłucnych, osierdziu, błonie śluzowej krtani i tchawicy. Serce jest w całości powiększone, skutkiem przerostu i rozstrzeni serca lewego, mniej serca prawego. Tętnica główna wąska. Grasicy nie można stwierdzić. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła jest silnie przekrwiona i obrzękła. Migdałki są znacznie powiększone, przekrwione, soczyste. Tarczyca wagi 40 g wykazuje poszczególne gruczolaki wielkości grochu. Śledziona jest trzykrotnie powiększona, z wybroczynami w torebce i w samym miąższu, widocznymi na przekroju, krucha. Nadnercza są cienkie po 11 g. a w ich korze są liczne żółtawe ziarenka. Nerki są nieco powiększone; powierzchnia ich jest pokryta wybroczynkami oraz szarawymi plamami różnej wielkości, dość ostro od otoczenia odgraniczonymi, wnikającymi w głąb kory. Poza tym nerki i wątroba były tłuszczowo zwyrodniałe. Trzustka wagi 105 g, była silnie poprzerastana tkanką tłuszczową. Gruczoły limfatyczne szyi i gruczoły krezkowe były powiększone i przekrwione. Narządy rodne były odpowiedniej wielkości (jądra wagi 16 i 24 g).

Czaszka mesocefaliczna, przeważała w niej istota gąbczasta. Z rozszerzonego siodełka tureckiego nieco wystawał guz miękki, barwy bronzowej, z gładką powierzchnią. Ściana tylna i boczna siodełka oraz część stoku Blumenbacha były zniszczone, tak że guz był przykryty bezpośrednio twardą oponą. Dno siodełka było również zniszczone, a guz zajmował jamę kości klinowej, niszcząc jej górną i dolną ścianę i wchodząc do tylnej części jamy nosowej oraz do jamy nosowo-gardłowej. Cały guz był bardzo miękki, rozłażący się, zwłaszcza pod siodełkiem tureckim i tam też stwierdzało się wylewy krwawe. Poszczególnych części przysadki nie udało się odróżnić gołym okiem. Mózg sam żadnych zmian nie przedstawiał. Lewy nerw okoruchowy był objęty przez masy nowotworowe. Szyszynka była powiększona, twarda.

Badanie mikroskopowe skrawków nowotworu wyciętego z różnych miejsc wykazało utkanie gruczolaka, zbudowanego z komórek podobnych do komórek głównych przedniego płata przysadki (Ryc. 2). W skrawku z guza, siedzącego w siodełku



Ryc. 2. Gruczolak z okolicy przysadki. a — komórki główne; b — naczynia krwionośne wypełnione masami białych ciałek. Mikrofotografie: A powiększenie 75 razy, B. 265 razy.

tureckim, wykazano utkanie wszystkich trzech części składowych przysadki oraz utkanie nowotworowe. W znacznie zmniejszonym przednim płacie, jakby uciśniętym przez nowotwór, przeważają komórki kwasochłonne; zaznaczyłem, że jakby uciśniętym, gdyż mimo małej szerokości przedniego płata na przekroju, światło gruczołów było szerokie, ziejące, podobnie, jak światło bardzo obfitych naczyń krwionośnych. Część środkowa była odpowiedniej szerokości i zawierała obfity koloid kwasochłonny w rozszerzonych światłach gruczołów. Nie zauważyłem wnikania komórek z przedniego płata do środkowego lub tylnego. Część nerwowa była wielka, kilkakrotnie większa od części przedniej, ostro odgraniczona od pozostałych części przysadki oraz od nowotworu. Sam nowotwór nie był ostro odgraniczony od części przedniej przysadki. Wśród utkania nowotworowego stwierdza się także dość obfite ogniska zwapniałe. O wiele obfitsze i rozleglejsze zwapnienia widzi się w szyszynce, która żadnych innych zmian nie wykazuje. W pozostałych narządach, zwłaszcza w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu, poza obfitymi białaczkowymi naciekami oraz bardzo licznymi białymi ciałkami w naczyniach krwionośnych, żadnych zmian nie stwierdziłem. Tarczyca przedstawiała obraz zwyrodnienia koloidowego.

Należało się zastanowić, skąd wyszedł opisany nowotwór, czy z przedniego płata przysadki, w szczególności z komórek głównych, czy też z przewodu czaszkowo-gardłowego *(ductus cranio-pharyngeus).* Za przednim płatem, jako miejscem wyjścia nowotworu, przemawiała zatarta granica między tym płatem a nowotworem oraz brak cech ucisku. Przeciw temu przypuszczeniu, a za miejscem wyjścia guza z przewodu czaszkowo-gardłowego, przemawiałoby to, że, gdyby nowotwór wychodził z przysadki, to rósłby przede wszystkim w kierunku najmniej-

szego oporu, a więc w kierunku mózgu, a nie, jak w opisanym przypadku, w kierunku kości czaszkowych. Wprawdzie nierzadko opisano w piśmiennictwie zniszczenie kości czaszkowych przez nowotwór wychodzący z przysadki, ale wtedy zazwyczaj niszczył guz również jądra podstawne mózgu. Gdybyśmy jednak zastanowili się nad stosunkiem zniszczenia w tych przypadkach tkanki tak miękkiej, jak mózg, i tkanki tak twardej, jak kość, to bylibyśmy zdziwieni, że nowotwór, siedzący na pograniczu kości i mózgu, silniej niszczył kość. Można to chyba tłumaczyć zamknięciem przysadki w siodełku tureckim, stąd nowotwór, wychodzący z niej, miałby mniejsze opory do pokonania ku dołowi, w kierunku cienkiego dna siodełka, aniżeli w kierunku małego otworu ku górze, to jest w kierunku mózgu.

Zbierając powyższe spostrzeżenia i wnioski, należy stwierdzić, że w opisanym przypadku jest gruczolak zbudowany z komórek głównych przysadki, wychodzący albo z samej przysadki albo z przewodu czaszkowo-gardłowego. Gruczolak ten nie uciskał mózgu, natomiast niszczył kości podstawy czaszki. Poza tym gruczolak, mimo silnego wzrostu i zniszczeń, nie wywoływał żadnych objawów za życia. Dopiero uboczna choroba, jaką było zapalenie posocznicze gardła i migdałków, wywołała obrzęk i silne przekrwienie nowotworu, który wskutek powiększenia spowodował silne bóle głowy, a pod koniec życia przez ucisk objętego tkanką nowotworową nerwu okoruchowego wywołał porażenie lewej powieki. Jako uboczną, przewlekłą chorobę należy wymienić istniejącą niewątpliwie od dawna białaczkę limfatyczną, która jednak również nie wywoływała podmiotowych objawów.

Jedynym wyraźnie dającym się uchwycić zażyciowym objawem powyższego gruczolaka była silna otyłość. Oczywiście nie da się stwierdzić istotnej przyczyny tej otyłości, gdyż niewiadomo, czy była ona wynikiem nadczynności komórek głównych, czy też upośledzonej czynności pozostałych komórek przysadki. W każdym razie można wykluczyć jako przyczynę tej otyłości ucisk lub zniszczenie podstawnych jąder mózgu.

Piśmiennictwo:

Aron i Loeb: wg Bickel G. Presse Médic. Nr 60. 1936. — Aron: wg Rivoir. — Berblinger W.: Beitr. path. Anat. 87. 233, 1931. — Bickel G.: Presse Médic. Nr 60. 1936. — Brauer M.: Dissertation Halle 1928 Akad. Verlangsanstalt Leipzig, 1928. — Bailey P.: Die Hirngeschwülste. Stuttgart, 1936. — Crew: wg Rivoir. — Chauvet: wg Bickel G. Presse Médic. Nr 60. 1936. — Costello i Russel T.: Amer. J. Path. 12. Nr 2. 1936. — Hornowski J.: Przegl. Lek. Str. 422. 1917. — Houssay, Biasotti i Magdalena: C. r. Soc. Biol. Paris 108. Nr 35, 912. 1931. — Houssay, Biasotti i Mazzocco: C. r. Soc. Biol. Paris. 144. Nr 33. 714. 1933. — Houssay B. A. i Sammartino R.: C. R. Soc. Biol. Paris. 114. Nr 33. 717. 1933. — Illig W.: Virch. Arch. 270. 1928. — Janssen S. i Loeser A.: Arch f. exper. Path. 163. 517. 1932. — Kraus E. J. i Traube O.: Virch. Arch. 268. 1928. — Loeser A.: Arch. f. exper. Path. 165, 530, 1932. — Lucke: wg Bickel G Presse Médic. Nr 60. 1936. — Paltauf: wg Bickel. G. Presse Médic. Nr 60. 1936. — Rasmussen A. T.: The amer. J. of Path. T. 5. Nr 3. 1929. — Rivoire R.: Nowe zdobycze endokrynologii. Ars Medici. Warszawa, 1934. — Schenk F.: Arch. Gynäk. 155. Z. 1. 1936. — Schoeckaert J.: C. r. Soc. Biol. Paris 105. Nr 28. 226. 1930. — Shumacker H. B. i Fivor W. M.: Endocrinology. 18. 676. 1934. — Teel i Cushing: Endocrinology. T. 6. 1930. Z. 6. — Wiesner: wg Rivoir R.

S. BAU-PRUSSAKOWA. Warszawa.

Wągrzyca ośrodkowego układu nerwowego.

Z Kliniki Neurologicznej U. J. P.

Dokończenie.

Grupa IV.

Przypadki (3), tworzące tę grupę, mają tę wspólną cechę, iż rozsiany charakter sprawy chorobowej występuje w nich wyraźniej, niż w przypadkach poprzednich.

Przypadek XV. B. J., lat 28, sędzia, przyjęty dnia 11. X. 1931 r. (Ordyn. doc. dr Opalski). W 1927 r. chory spadł ze stopnia wagonu i doznał potłuczenia głowy oraz prawej stopy. Od tej pory odczuwał ból w kończynie dolnej prawej. W kwietniu 1927 r. wystąpił napad silnego bólu głowy, połączonego z wymiotami i utratą przytomności. W jakiś czas później dostał napadu podniecenia z utratą przytomności oraz mowy. Utrzymujące się stale bóle w kończ. doln. pr. przypisywano zmianom w kręgach i poddano chorego laminektomii (w obrębie 2 dolnych kręgów piersiowych), lecz nic nie znaleziono. Po operacji chory gorączkował przez miesiąc (do 40°), skarżył się na ból w obu kończynach dolnych oraz na ból opasujący na wysokości dolnych żeber. W rok później zjawiły się bóle głowy i karku oraz częste wymioty, a po kilku miesiącach stwierdzono tarczę zastoinową. Rozpoznano guz mózgu i zalecono operację, zaniechano jej jednak, gdyż tarcza zastoinowa ustąpiła po krótkim czasie. Od kilku miesięcy chory narzeka na utrudnione oddawanie moczu i osłabienie potencji, od niedawna na bóle głowy i karku, przelotne niedowidzenie, bóle w kończynach dolnych oraz napady ogólnego osłabienia. Ciepłota czasami podwyższona. Od 1924 r. gruźlica płuc.

Stan obecny: cera blada, odżywianie upośledzone, tętno 100 na min. Ciepłota wieczorami podgorączkowa. Gruźlica płuc.

Kręgosłup usztywniony w odcinku lędźwiowym i dolnym piersiowym. 2 górne kręgi szyjne bolesne przy ucisku. Objaw szczytowy 0. Ruchy głowy ograniczone. Objawy oponowe 0. *Neuritis optica*, pr. > lew. Oczopląs (paretyczny) do boków, lekki, pionowy ku górze.

Kończyny górne: poza zniesieniem odruchów okostnowych i osłabieniem ścięgnowych po stronie lewej brak zmian. Odruchy brzuszne +. Kończyny dolne: objaw Lasègue'a +, odruchy ze ścięgna Achillesa: prawy 0, lewy słaby. Poza tym nic patologicznego. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 110/90 (w pozycji leżącej). Płyn wypływał początkowo z przerwami, dopiero po wdmuchnięciu 10 cm³ powietrza równomiernie.

Płyn mózgowo-rdzeniowy bezbarwny, Nonne-Apelt 0, Pandy ++, białka 0,33‰, 14 ciałek w 1 mm³ (przeważają limfocyty). B.-W. ujemny (z krwi również). Na Alzheimera nie badano.

Zdjęcie kręgosłupa (doc. dr Zawadowski): zarysy trzonów oraz wyrostków kręgów piersiowych mniej ostre, niż w innych odcinkach kręgosłupa, więzadła zgrubiałe (zmiany zapalne lub poczynające się zwapnienie i listewki kostne).

Chory otrzymał naświetlanie splotów naczyniastych promieniami Roentgena i wypisany został z rozpoznaniem: *Spondylosis rhizomelica incipiens* oraz *menigitis serosa.* Jako tło wspólne przyjmowano zatrucie jadami prątków gruźliczych.

Dnia 16. XI. 1931 r. przyjęty powtórnie. Po 3-dniowym okresie dobrego samopoczucia wystąpiły stany niepokoju i zamroczenia, bóle głowy, bóle w kończynach dolnych oraz gorączka. Badanie przedmiotowe: stan ogólny gorszy, niż poprzednio, natomiast stan narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego nie uległ zmianie.

Badanie morfologiczne krwi: ciałek czerwonych 4.750.000, wskaźnik barwny 0,8, ciałek białych 9.800, obojętnochłonnych 87%, limf. 9%, kwasochłonnych 3%, jednojądr. 1%.

II seria naświetlań promieniami Roentgena splotów naczyniastych.

Lipiodol, zastrzyknięty podpotylicznie, zatrzymał się częściowo w postaci kropel wzdłuż kręgów szyjnych i w okolicy otworu wielkiego w potylicy, częściowo przedostał się do tylnej jamy czaszkowej.

Po zastrzyku lipiodolu ujawniły się zaburzenia psychiczne: chory wymyślał pielęgniarzom, wypowiadał skargi nieuzasadnione, zanieczyszczał się, smarował kałem ściany. Objawy te ustąpiły nazajutrz, lecz po kilku dniach zjawiły się nowe: negatywizm, skłonność do dowcipkowania, zamroczenie.

Rozwinął się stan charłactwa. Ciepłota dochodziła do 40°. Chory zmarł dnia 25. X. 1931 r.

Badanie pośmiertne dnia 18. I. 1932 r.: *Meningitis basilaris, probabiliter tbc. Tbc. cavernosa acuta partium caseosa, partium pneumonia gelatiniformis lobi superioris pulmonis utriusque. Tbc. miliaris circumscripta lobi inferioris pulm. sin. Ulcera multiplices tbc. ilei et colonis ascendentis. Ulcus tbc. epiglottidis. Dilatatio cordis totius. Steatosis simplex hepatis. Pyelitis catarrhalis. Thymus persistens.* (Zakł. Anat. Patolog. U. J. P. Doc. dr Czarnocki).

Mózg. Wągrzyca opon miękkich mózgu na podstawie oraz rdzenia. Wągier w komorze IV.

Badanie histologiczne: pasożyt w komorze IV pozostaje w związku ze splotem naczyniastym, który jest częściowo zniszczony, częściowo zlewa się z tkanką ziarninową. Bujanie gleju w otoczeniu torebki pasożyta. Liczne twory gruczołowate i zagłębienia torbielowate w wyściółce. Jedno z nich drąży w głąb, dochodzi do jądra grzbietowego n. X. Rdzeń: ognisko opustoszenia w rogach przednich ze silnym odczynem glejowym. Sprawa zapalna w oponach rdzenia nie przechodzi na tkankę nerwową.

Streszczenie: u mężczyzny 24-letniego, dotkniętego gruźlicą płuc, rozwinęła się choroba ośrodkowego układu nerwowego, która, stale postępując, spowodowała (być może przy współudziale gruźlicy płuc) ogólne wyniszczenie organizmu i zakończyła się śmiercią po upływie około 5 lat.

W chorobie tej można wyróżnić parę okresów o odmiennym obrazie klinicznym. Okres I, trwający około 3 lat, charakteryzują bóle o cechach rwy kulszowej w kończ. pr. (jedyny objaw w ciągu 2 lat), później w obu, bóle opasujące na wysokości dolnych żeber oraz dwa napady utraty przytomności, z których pierwszy połączony był z bólem głowy i wymiotami, drugi z niemotą i stanem podniecenia. W okresie II, najkrótszym, górują objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego (bóle głowy, wymioty, tarcza zastoinowa). W okresie III, odpowiadającym 2-krotnemu pobytowi chorego w klinice i kilku miesiącom poprzednim, widzimy zespół, obejmujący zarówno objawy korzonkowo-rdzeniowe (brak odruchu ze ścięgna Achillesa praw., osłabienie lew., bóle w obu kończynach dolnych, objaw Lasègue'a, osłabienie odruchów ścięgnowych i zniesienie odruchów okostnowych w kończ. górn. praw., utrudnione oddawanie moczu, niedomoga płciowa), jak mózgowe (bóle głowy i karku, wymioty, *neuritis optica*, oczopląs, zaburzenia psychiczne w okresie końcowym) i oponowe (zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym, objaw Kerniga). Wymienić jeszcze należy wybitne usztywnienie kręgosłupa, z obrazem rentgenologicznym, nasuwającym podejrzenie *spondylosis rhizomelica*.

Badanie pośmiertne wykazało zmiany 2 kategorii: 1) wągrzycę opon miękkich mózgowo-rdzeniowych oraz komory IV z towarzyszącym jej wodogłowiem, 2) gruźlicę rozpadową płuc oraz owrzodzenia gruźlicze w jelitach.

Przypadek powyższy doskonale ilustruje urozmaiconą symptomatologię oraz zmienność obrazu klinicznego w poszczególnych okresach choroby. Tym się też tłumaczy, iż w każdym okresie rozpoznawano inną jednostkę chorobową. Z historii choroby widzimy wprawdzie, iż nic nie przemawia bezpośrednio za wągrzycą, lecz wieloogniskowy charakter cierpienia uwydatnia się w każdym okresie choroby i tylko zbyt duże znaczenie, przypisywane poszczególnym objawom, niedostateczne uwzględnienie całkowitego obrazu chorobowego, powodowały za każdym razem mylne rozpoznanie. Tak więc w okresie I skupiono całą uwagę na bólach korzonkowych, które przypisywano zmianom w kręgach, nie wzięto natomiast pod uwagę 2 napadów utraty przytomności z towarzyszącymi jej objawami, które wskazywały na udział mózgu w sprawie chorobowej. W okresie II rozpoznano guz mózgu na podstawie istniejących podówczas objawów, których nie powiązano z poprzednim zespołem objawów. Wreszcie w okresie III, najbardziej urozmaiconym pod względem symptomatologicznym, przyczyną mylnego rozpoznania było wybitne usztywnienie kręgosłupa, czyniące wrażenie *spondylosis rhizomel.*, za którą jednak nie przemawiał wynik badania rentgenologicznego. Objawy mózgowe przypisywano surowiczemu zapaleniu opon. Przyjęto zatem współistnienie 2 jednostek chorobowych, lecz starano się połączyć je wspólną etiologią (zatrucie jadem gruźliczym). Zmiany anatomo-patologiczne tłumaczą doskonale całokształt objawów klinicznych: zapalenie opon miękkich na podstawie mózgu, wągier komory IV oraz wodogłowie wewnętrzne, objawy mózgowe, zapalenie wągrzycowe opon miękkich rdzenia, usztywnienie kręgosłupa.

Przypadek XVI[5]). Ch. J., lat 17, przy rodzicach, przyjęta dnia 18. XII. 1931 r. (Ordyn.: G e l b a r d, J a k i m o w i c z, K u l i g o w s k i, M a c k i e w i c z St., P r u s s a k o w a).

W kwietniu tegoż roku wystąpił pierwszy napad utraty przytomności z przygryzieniem języka i bezwiednym oddaniem moczu. Napady takie powtarzały się następnie co parę tygodni. Chora stała się smutna, narzekała na osłabienie pamięci. Od miesiąca widzi gorzej na lewe oko, czasami widzi podwójnie. Dawniej była zdrowa. Miesiączki, przez jakiś czas zbyt częste i obfite, unormowały się pod wpływem preparatów jajnikowych.

Stan obecny: wzrost niski, budowa drobna, odżywienie upośledzone. I ton serca nieczysty, poza tym narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 96 uderzeń na minutą. Mocz bez zmian.

Układ nerwowy. Objawy oponowe 0. Obustronna tarcza zastoinowa. Drobne wybroczyny na tarczy i wzdłuż żył. Obrzęk siatkówki w okolicy tarczy i plamki żółtej. Bystrość wzroku: oko prawe 3/12, oko lewe 3/4 (dr S t a r o r y p i ń s k a). Zez zbieżny oka prawego. Pozostałe nerwy czaszkowe bez zmian. W kończynach górnych stosunki prawidłowe. W kończynach dolnych poza znacznym osłabieniem odruchów kolanowych i odruchów ze ścięgna Achillesa brak zmian. Po krótkim czasie dołączyły się nowe objawy: objaw Kerniga, oczopląs poziomy w bok (tylko w pozycji leżącej), niedowład dolnej gałązki praw. n. VII *sinistrometria* w kończ. górn. praw., oraz wybitna hipotonia kończ. doln.

Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie 310/100 (w pozycji leżącej); płyn mózgowo-rdzeniowy bezbarwny, przeźroczysty; Nonne-Apelt ±; 27 ciałek białych w 1 mm³. Na preparatach Alzheimera 2% ciałek eozynochłonnych. Po nakłuciu lędźwiowym zmniejszyły się na krótki czas bóle głowy (w potylicy oraz w skroniach), poprzednio bardzo częste. Napadom silniejszych bólów głowy towarzyszyły wymioty, niekiedy uczucie drętwienia bądź w stopach i w palcach dłoni, bądź w twarzy, bądź w lewych kończynach. Silniejsze bóle głowy oraz wymioty poprzedzały napady, które wielokrotnie widziano: chora leżała nieruchomo, z głową odchyloną ku tyłowi, twarz była blada lub zaczerwieniona, tętno i oddech przyspieszone; nie oddziaływała wcale na bodźce zewnętrzne, jakkolwiek, jak utrzymywała po napadzie, wszystko słyszała i rozumiała. Źrenice oddziaływały na światło. Napad taki trwał do 20 minut i czasami powtarzał się parokrotnie raz po raz. Napad drgawek ogólnych z utratą przytomności wystąpił tylko raz jeden (podczas naświetlania czaszki promieniami Roentgena). Częste skargi na podwójne widzenie. Rentgenogram czaszki prawidłowy. Skład morfologiczny krwi normalny. W kale *stwierdzono jaja tasiemca samotnego*, którego usunięto.

Chora otrzymała 3 serie naświetlań promieniami Roentgena splotów naczyniastych i zastrzyki dożylne roztworów hipertonicznych. Pod koniec pobytu w klinice zmniejszył się obrzęk tarcz, znikły wybroczyny, wyraźniejsza poprawa ujawniła się dopiero po powrocie do domu, lecz utrzymywała się tylko przez parę miesięcy, po czym powróciły silne bóle głowy, napady Jacksona ruchowe i czuciowe, przeważnie prawostronne (rzadsze lewostronne ograniczały się tylko do twarzy), wreszcie napady ogólnych drgawek z utratą przytomności, poprzedzane silnym bólem głowy oraz jakimś „dziwnym" samopoczuciem. Od grudnia 1932 r. chora przebywała w klinice jeszcze 7 razy (po raz ostatni od dnia 19. I. 1936 r. do dnia 28. III. 1936 r.) i była wielokrotnie badana między jednym a drugim pobytem. Zarówno w domu, jak i w klinice miewała napady z kategorii wyżej wymienionych, jak również napady o nieco odmiennej symptomatologii. Tak, np. zamiast drgawek zjawiał się niepokój ruchowy, na skutek którego tułów i kończyny przybierały najrozmaitsze pozycje. Chora uśmiechała się, wzywała Boga, Jezusa, czasami wydawała dźwięki nieartykułowane. Niektóre z tych napadów sprawiały wrażenie histerycznych, ze względu na pewne cechy jakby „teatralne". Podczas innych napadów kończyny górne zbliżone były do klatki piersiowej, zgięte w stawach łokciowych, palce dłoni prawej miały ułożenie szponiaste lub wykonywały najrozmaitsze ruchy, podczas gdy dłoń lewa przybierała ułożenie „dłoni akuszera". Kończyny dolne bywały wyprężone, stopy niekiedy w ułożeniu końskim lub szpotawo-końskim. Głowa odchylona ku tyłowi lub zwrócona w jedną stronę, w twarzy wyraz jakby zachwytu. Chora bywała przytomna lub zamroczona. W listopadzie 1933 r. wystąpiły gwałtowne bóle o charakterze obustronnej rwy kulszowej z objawem Lasègue'a i przemijającą niedoczulicą na obu kończynach dolnych. Bóle te zmniejszyły się nieco po naświetlaniu kręgosłupa promieniami Roentgena, utrzymują się jednak dotąd w stopniu mniejszym lub większym. W lecie 1935 r. wystąpiły, po stanie padaczkowym, napady bicia serca, drętwienia lewej kończyny górnej, połączone niekiedy z niemotą (chora jest praworęczna); w ostatnich czasach dołączyły się napady następujące: uczucie ziębienia w palcach lewej ręki, następnie w przedramieniu, niemożność poruszania lewą kończyną górną oraz wrażenie, jakby jej wcale nie miała. Chora jest przytomna, ma uczucie „jakby czegoś napchano do głowy". Napady drgawek ogólnych, w których przeważa składnik toniczny nad klonicznym, poprzedzają bóle głowy, czasami niemota, elementarne omamy wzrokowe w lewej połowie pola widzenia, a wreszcie uczucie drętwienia w języku, ściskanie w gardle i brak tchu. Poza tymi różnorodnymi napadami objawy przedmiotowe były przez cały czas choroby dość skąpe. Z objawów stwierdzonych podczas pierwszego pobytu chorej pozostały tylko: lekkie odbarwienie tarcz n. II i osłabienie wzroku, niedowład prawego n. VII, hipotonia kończ. doln., czasami objaw Lasègue'a, osłabienie odr. kolan. i odr. Achill. W ostatnich czasach stwierdzono: niedowład lew. n. VII, upośledzenie diadochokinezy po stronie lewej, niedowład lew. kończ. doln. i objaw Romberga. Pod względem psychicznym chora wykazuje osłabienie pamięci i upośledzenie wyższych procesów myślowych. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono (przy drugim nakłuciu) słabo dodatnie odczyny globulinowe, 0.44‰ białka, odczyn Langego: 21333000000, ujemny odczyn

[5]) Przypadek przedstawiony w Towarzystwie Neurologicznym przez St. M a c k i e w i c z a dnia 27. II. 1936 r.

benzoesowy oraz 4 ciałka w 1 mm³. Na prep. Alzheimera 3% ciałek kwasochłonnych. Próby: skórna oraz precypitacyjna (z surowicy krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego) z antygenem wągrzycowym wypadły ujemnie. B.-W. z krwi i z płynu ujemny. Podczas ostatniego pobytu w klinice napady drgawek ogólnych były bardzo częste. Ciepłota we wcześniejszych okresach choroby podgorączkowa, w późniejszych przeważnie normalna.

W obrazie klinicznym górują napady padaczkowe różnego typu, a mianowicie: 1) napady drgawek ogólnych z utratą przytomności, występujących bądź pojedynczo, bądź seriami, poprzedzanych niekiedy aurą psychiczną („dziwne samopoczucie"), niekiedy niemotą ruchową, niekiedy elementarnymi omamami wzrokowymi, a wreszcie parestezjami w obrębie języka, ściskaniem w gardle oraz brakiem tchu; 2) napady o typie IV-komorowym: głowa odchylona ku tyłowi, tętno i oddech przyspieszone, *anarthria* (chora wydawała nieartykułowane dźwięki, a przez rozchylone zlekka usta widać było skurcz języka), zaburzenia naczynio-ruchowe w obrębie twarzy; skurcze przypominające *cerebellar fits*, lecz z kończynami górnymi, zgiętymi w stawach łokciowych i przyciągniętymi do tułowia, z ręką akuszera po stronie lewej, z dłonią szponiastą po prawej. (Przytomność bywała zachowana lub częściowo zniesiona); 3) napady utraty przytomności z ogólnym niepokojem ruchowym, z przybieraniem póz teatralnych (napady wrzekomo-histeryczne); 4) napady czuciowe Jacksona, głównie po stronie prawej; 5) napady wrzekomo-kataplektyczne (występujące nocną porą).

Drugie miejsce w obrazie klinicznym zajmują objawy ogólne wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego: bóle głowy, połączone z wymiotami oraz tarcza zastoinowa, która wystąpiła już w pierwszym okresie choroby, lecz cofnęła się po paru miesiącach, pozostawiając nieznaczny zanik n. II.

Objawy ze strony innych nerwów czaszkowych były nieznaczne (oczopląs, niedowład dolnej gałązki n. VII pr., później lewego) i przemijające, zaburzenia psychiczne słabo wyrażone, natomiast hipotonia kończyn dolnych, osłabienie odr. kolan. i odr. Achill. utrzymywały się do końca obserwacji. Objawy oponowe (objaw Kerniga, zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym) stwierdzone na początku choroby, objawy rdzeniowo-korzonkowe (obustronna rwa kulszowa z objawem Lasègue'a, przemijająca niedoczulica na kończynach dolnych), które wystąpiły pod koniec drugiego roku choroby, uzupełniają zespół objawów.

Mamy więc do czynienia ze sprawą rozsianą, trwającą już 5 lat, a przebiegającą z zespołem oponowo-wodogłowiowym przy znacznej przewadze objawów podrażnieniowych nad ubytkowymi.

Po wyłączeniu kiły układu nerwowego z braku jakichkolwiek danych, rozpoznanie waha się między stwardnieniem rozsianym a rozsianą wągrzycą układu nerwowego. W stwardnieniu rozsianym napady padaczkowe występują stosunkowo rzadko i nie wysuwają się nigdy na czoło obrazu klinicznego, w wągrzycy natomiast są one najstalszym, niekiedy nawet jedynym objawem mózgowym. Również tarcza zastoinowa zdarza się niesłychanie rzadko w stwardnieniu rozsianym. Za wągrzycą przemawia ponad to: *obecność tasiemca samotnego w jelitach* na początku choroby oraz 3% ciałek eozynochłonnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (przy braku eozynofilii we krwi). Napady zbliżone do odmóżdżeniowych oraz wrzekomo-histeryczne zależą prawdopodobnie od wodogłowia komór. Wodogłowie to, jak i objawy korzonkowe są następstwem przewlekłego zapalenia opon.

Przypadek należało by więc uważać za postać padaczkową (z napadami w znacznej mierze nietypowymi, zależnymi od wodogłowia wewnętrznego), z domieszką postaci rdzeniowej.

Przypadek XVII. St. H., lat 41, przy mężu, przyjęta dnia 14. XII. 1934 r. (Ordyn. St. Mackiewicz).

Od 2 tygodni bardzo częste napady zawrotów i gwałtownych bólów głowy, połączonych niekiedy z mdłościami i wymiotami. Musiała stale leżeć, gdyż stojąc, padała ku przodowi. Od początku choroby osłabienie wzroku. Przed tygodniem napad drgawek tonicznych z utratą przytomności. Dawniej zawsze zdrowa, kiły nie przechodziła, nie roniła.

Stan przedmiotowy: narządy wewnętrzne bez zmian. Tętno 96 na min., ciepłota ciała podgorączkowa.

Czaszka ogólnie bolesna przy opukiwaniu. Sztywność karku zaznaczona, objaw Kerniga nieobecny. Źrenice nierówne, objaw Argyll-Robertsona +. Dno oczu: przekrwienie tarcz n. II. Bystrość wzroku: oko prawe 1/2, około lewe 1/6. Obustronny niedowład spojrzenia w bok oraz ku górze. Oczopląs poziomy w pr. > lew. i pionowy ku górze. Badanie błędników wykazało tylko porażenie wrzekome kanałów pionowych. Niedowład dolnej gałązki praw. n. VII. Kończyny górne bez zmian. Odruchy brzuszne +. Kończyny dolne: odr. kolan. i odr. Achillesa obustronnie zniesione, poza tym stosunki prawidłowe. Nakłucie lędźwiowe (w pozycji leżącej): ciśnienie 150/70. Płyn wodojasny, bezbarwny. Nonne-Apelt +, Pandy ++, białka 1,2‰, 50 ciałek w 1 mm³.

Na preparatach Alzheimera przeważnie limfocyty, nieliczne obojętnochłonne, *eozynofilów brak*. Odczyn Langego 22222/20000/22222/0. B.-W. z płynu mózgowo-rdzeniowego +++, z krwi ++, odczyn cytocholowy ++.

Nakłucie zniosła dobrze. Rozpoczęto leczenie swoiste (Neokardyl). Podczas pobytu w klinice bóle głowy były bardzo silne, zmniejszały się tylko chwilowo po zastrzyku płynu hipertonicznego. W kończynach dolnych zjawiły się bóle strzelające.

Dnia 20. I. chora nagle zmarła.

Sekcja: *venostasis recens pulmon., lienis, hepatis et renum. Liposis cord. Tonsillitis lacunar. Cystopyelitis incipiens. Catarrhus mucos. venostat. tractus: digest. et respir. Endometritis mucopurul. Arterioscler. lev. gradus. Cystes ovar.* (Zakł. Anat. Patolog. U. J. P. Doc. dr Czarnocki).

Układ nerwowy: opony miękkie na podstawie zmleczałe. Wybitne wodogłowie wszystkich komór i wodociągu Sylwiusza. Rysunek zwojów podstawy zamazany z powodu obrzęku. W komorze IV twór pęcherzykowaty, ruchomy oraz szare masy. Rozmiękczenie tkanki w okolicy jądra zębatego.

Histologicznie: guzek, wyjęty z komory IV, okazał się wągrem. Wybitne zapalenie opon miękkich mózgowo-rdzeniowych oraz wyściółki wszystkich komór, zwłaszcza komory IV. W okolicy wodociągu Sylwiusza nacieki przechodzą na istotę szarą. Sprawa zapalna w oponach miękkich przechodzi miejscami również na brzeżne okolice tkanki nerwowej. Nacieki składają się z limfocytów, leukocytów zasadochłonnych i komórek plazmatycznych.

Znaczna glejoza w rdzeniu (zwłaszcza w sznurach tylnych) oraz w całym pniu mózgowym i w istocie białej półkul mózgowych. Duża ilość grudek glejowych.

Móżdżek: w jądrze zębatym ognisko opustoszenia z bujaniem komórki Horteghi. W niektórych zawojach wybitne przerzedzenie warstwy ziarnistej. W jednym z otworów Luschki widoczna jest pochewka odczynowa. Na preparatach Spielmeyera z różnych odcinków rdzenia widać demyelinizację brzeżną sznurów bocznych i tylnych. Tylko w odcinku lędźwiowym demyelinizacja obejmuje głębiej położone odcinki sznurów tylnych.

Na podstawie następującego zespołu objawów: nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, zniesienie odruchów ścięgnowych, lekka sztywność karku, zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym z pleocytozą, przeważnie limfocytową, dodatni odczyn B.-W. nie tylko z płynu, lecz również i z surowicy krwi, rozpoznano w przypadku powyższym kiłowe zapalenie opon miękkich mózgowo-rdzeniowych, i, być może, kilak w okolicy ciał czworaczych (zaznaczony objaw Parinauda).

Zaoszczędzenie nerwów czaszkowych za wyjątkiem II pary (przekrwienie i obniżenie bystrości wzroku) można wytłumaczyć wczesnym okresem choroby.

Obrazowi kiłowego zapalenia opon nie odpowiada natomiast rodzaj objawów podmiotowych tj. charakter napadowy bólów głowy oraz zależność zawrotów głowy od jej ustawienia (w pozycji stojącej), jak również nagła śmierć, a więc okoliczności wskazujące na sprawę uciskową w tylnej jamie czaszki lub wodogłowie komory IV (w kiłowym zapaleniu opon wodogłowie wewnętrzne nie odgrywa roli, tym bardziej we wczesnym okresie choroby). Objawy powyższe nie zostały dostatecznie uwzględnione w rozpoznaniu różniczkowym między wągrzycą a kiłą mózgu, za którą przemawiał głównie dodatni wynik B.-W. nie tylko w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Sprawa wągrzycowa rozsiana, lecz przeważająca w komorze IV, w okolicy wodociągu Sylwiusza oraz w oponach rdzenia kręgowego, tłumaczy całokształt objawów klinicznych. Wobec dodatnich odczynów swoistych w surowicy krwi (niespostrzeganych dotąd w wągrzycy układu nerwowego, nawet przebiegających z dodatnim odczynem B.-W. w płynie mózgowo-rdzeniowym), można by myśleć o podwójnej etiologii sprawy zapalnej: kiłowej i wągrzycowej lub też o powikłaniu wiądu rdzenia (nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, bóle strzelające i brak odruchów ścięgnowych w kończ. doln.) z wągrzycą ukł. nerw. Przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawia wszelako brak dostatecznych danych w obrazie histopatologicznym. Demyelinizację sznurów tylnych należy raczej kłaść na karb przejścia sprawy zapalnej z opon rdzeniowych na korzonki tylne. Przypadek powyższy odbiega pod względem klinicznym od innych przypadków wągrów IV-komorowych, a to z powodu połączenia objawów IV-komorowych z zespołem wiądowym. Dodatnie odczyny w surowicy krwi pozostają niewyjaśnione. W wywiadach brak jakichkolwiek danych, wskazujących na możliwość zakażenia kiłowego.

Badania pomocnicze.

Z badań pomocniczych, stosowanych w wągrzycy układu nerwowego, niewątpliwie największe znaczenie posiada badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, który w większości przypadków jest zmieniony w sposób mniej lub więcej wyraźny. Wśród tych zmian pierwsze miejsce zajmują elementy komórkowe, a szczególnie eozynochłonne, na co Grund pierwszy zwrócił uwagę. Według Orzechowskiego na obraz morfologiczny płynu mózgowo-rdzeniowego w wągrzycy układu nerwowego składają się najrozmaitsze elementy komórkowe, a więc: limfocyty, leukocyty obojętnochłonne, eozynochłonne (najczęściej zwyrodniałe), komórki plazmatyczne, nabłonkowate (liczne), nieliczne makrofagi i komórki żerne. Bardzo rzadko stwierdzano mitozy (Orzechowski, Opalski, Kaczyński) oraz komórki olbrzymie (Opalski). Guccione uważa za cechy charakterystyczne obrazu komórkowego ciałka eozynochłonne oraz rzadkość innych komórek poza limfocytami.

Jakkolwiek eozynofilia w płynie mózgowo-rdzeniowym i to niekiedy wybitna (np. 48% Rizzo, 32% Waterhouse) stwierdzona została przez wielu autorów, zdania co do swoistości tego objawu a tym samym co do jego wartości różniczkowo-rozpoznawczej są podzielone. Niektórzy autorzy, a szczególnie Rizzo, widzą w eozynofilii objaw charakterystyczny dla wągrzycy układu nerwowego, inni natomiast odmawiają mu znaczenia, gdyż nie zawsze stwierdzono go w pewnych przypadkach wągrzycy, a powtóre znajdowano go w innych chorobach układu nerwowego, jak sprawy kiłowe (Marie, Rothfeld, Jaburek), gruźlicze zapalenie opon (Fischer), drętwica karku (Lewkowicz) itp. Jednakże według Marie'go, Rizzo oraz Jaburka odsetek eozynofilów w płynie mózgowo-rdzeniowym w tego rodzaju chorobach nie przekracza 1%. Kaczyński, który opracował preparaty (wykonane metodą Alzheimera) z płynu mózgowo-rdzeniowego w 200 przypadkach, leczonych w Klinice Neurologicznej w Warszawie stwierdził eozynofilię w różnych chorobach organicznych mózgu, jak wylew podpajęczynówkowy, zapalenie odczynowe opon (Babiński-Gendron), nagminne zapalenie opon miękkich oraz zapalenie ropne opon innej etiologii, sprawy kiłowe, guzy mózgu, lecz odsetek eozynofilów wahał się przeważnie w granicach od 0,5—2%, za wyjątkiem drętwicy karku (1—13%) oraz guzów mózgu (0,5—7%).

W poszczególnych grupach liczba przypadków z dodatnią eozynofilią wahała się od 0,9%—50% (sprawy kiłowe), natomiast z 16 przypadków wągrzycy układu nerwowego 15, *a więc 94% wykazywało 10—72% ciałek eozynochłonnych.* Zdaniem Kaczyńskiego obecność ciałek tych w płynie mózgowo-rdzeniowym „nie świadczy bezwzględnie o wągrzycy, o ile odsetek ich nie przekracza 7—13%". Rozbieżność zdań co do znaczenia eozynofilii w płynie mózgowo-rdzeniowym jest po części zależna od posługiwania się różnymi metodami przy badaniu cytologicznym płynu mózgowo-rdzeniowego, po części od zmian wstecznych w ciałkach kwasochłonnych, utrudniających ich rozeznanie, które dlatego wymaga pewnego doświadczenia. Należy również wziąć pod uwagę, iż zarówno pleocytoza ogólna, jak i odsetek eozynofilów w płynie ulega dużym wahaniom, toteż badanie jednorazowe płynu jest często niewystarczające, (tak, np. Schenk stwierdził eozynofilię dopiero przy siódmym nakłuciu lędźwiowym w przypadku sprawdzonym), częstszym zaś nakłuciom stoi nieraz na przeszkodzie ciężkość obrazu chorobowego np. przy zespołach tylnej jamy czaszkowej. Według Rizzo zarówno ogólna pleocytoza, jak i odsetek eozynofilów zwiększa się zawsze w miarę powtarzania nakłucia lędźwiowego. Dodać należy, że metodami Alzheimera i Jaburka można wykryć eozynofilię w płynach mózgowo-rdzeniowych, nie wykazujących pleocytozy. Metoda Jaburka, nie nadająca się do innych elementów płynu, lecz dobrze odznaczająca eozynofile, jest przystępna dla każdej pracowni.

Autorzy francuscy (Guillain, Bertrand, Peron oraz Schmite) uważają za charakterystyczne dla wągrzycy układu nerwowego pewną krzywą próby benzoesowej (wypadanie w 10—11 probówkach) oraz następujący zespół płynowy: powyższa krzywa próby benzoesowej, zwiększona ilość białka, dodatnie odczyny Pandy'ego i Weichbrodta, ujemny odczyn B.-W. oraz pleocytoza limfocytowa (z domieszką eozynofilów — Schmite).

Co się tyczy odczynu B.-W. w płynie, to należy zaznaczyć, że wynik dodatni bynajmniej nie wyłącza możliwości wągrzycy, jak tego dowodzą spostrzeżenia wielu autorów (Redalié, Tretiakof, Moniz, Urechia, Cuel, Schäffer, Morawiecka, Kuligowski i Tyczka, Tyczka i inni).

Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach naszych przedstawiają się w sposób następujący: z 17 przyp. — w 16 wykonano nakłucie lędźwiowe (w 10 przyp. 2—4 razy), raz komorowe (bez lędźwiowego). W 16 przyp. stwierdzono pleocytozę, wahającą się od *5—400 ciałek w 1 mm³* (w 3 przyp. małą, w 5 przyp. znaczną, w 8 przyp. średnią), z przewagą limfocytów. Z 15 przypadków, w których wykonano preparaty metodą Alzheimera w 11 znaleziono *1—33% eozynofilów* (w 7 przypadkach ponad 7%).

Parokrotne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego u poszczególnych chorych (10) wykazało dość duże wahania zarówno w ogólnej ilości ciałek, jak i w odsetku eozynofilów, lecz narastanie równolegle obu stwierdzono tylko w 50% przypadków. Odczyn Nonne-Apelta był w 6 przyp. silniej wyrażony, w pozostałych natomiast ujemny (4) lub słabo dodatni, odczyn Pandy'ego występował wyraźnie we wszystkich przypadkach.

W 7 przypadkach stwierdzono 2—3-krotnie zwiększoną ogólną ilość białka. Zresztą nasilenie wszystkich powyższych odczynów wahało się przy parokrotnych badaniach. Odczyny koloidalne (Langego oraz benzoesowy) wykonane zostały tylko w niektórych przypadkach. Wypadanie benzoesu w *10—13 probówkach znaleziono w 3 przypadkach;* odczyn Langego dawał niezupełnie typową krzywą porażenia postępującego lub kiły mózgu. Odczyn B.-W. wypadł ujemnie u 16 chorych, dodatnio w 1 przyp. (w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz w surowicy krwi). Ksantochromię zauważono tylko w 2 przypadkach. Eozynofilię we krwi, która, jak wiadomo, nie należy do obrazu chorobowego wągrzycy mózgu (w przeciwstawieniu do wągrzycy innych narządów), wykryto tylko u 3 chorych, z których jednak dwóch miało równocześnie tasiemca.

Brak objawów patognomonicznych w obrazie klinicznym wągrzycy układu nerwowego, niestałość eozynofilii w płynie mózgowo-rdzeniowym, zmuszają do poszukiwania innych metod pomocniczych. Zwrócono się przede wszystkim do metod serobiologicznych, których wartość wypróbowana została w przypadkach bąblowców.

Jednakże tak bardzo wartościowa w tej chorobie próba Weinberga (wiązanie dopełniacza), dająca 90% dodatnich wyników (po pęknięciu torbieli pasożyta — nawet 100%), zastosowana w wągrzycy układu nerwowego (z antygenem wągrowcowym), rzadko kiedy wypada dodatnio. Próba strącania (precypitacji), używana z dobrym wynikiem w bąblowcu (Fleig, Lisbonne, Weinberg, Magatti i inni), znalazła również zastosowanie w wągrzycy układu nerwowego (Maternowska, Rothfeld). Rothfeld otrzymał wynik dodatni w 2 sprawdzonych przypadkach wągrzycy i w 2 podejrzanych, gdy w innych chorobach (12) wynik był ujemny. Badana była tylko surowica krwi. Próbę precypitacyjną z surowicą krwi wykonałam w ciągu ostatniego roku w 29 przypadkach różnych chorób układu nerwowego, a więc w wągrzycy mózgu (5), w guzach mózgu (9, w tym 6 operowanych), w rozsianych sprawach zapalnych, w stwardnieniu rozsianym oraz w chorobach o rozpoznaniu nieustalonym (wśród tych znajdują się też 4 przypadki, podejrzane o wągrzycę mózgu, nieumieszczone w tej pracy). Wynik dodatni otrzymałam w 1 przypadku pewnym (wągrzyca oka i mózgu) z antygenem rozcieńczonym 1:500 oraz w 1 przypadku podejrzanym (1:200, 1:100). W pozostałych 4 przypadkach wągrzycy odczyn strącania wypadł ujemnie; w 2 spośród nich otrzymała Maternowska wynik dodatni, lecz z antygenem bardziej stężonym (1:50). We wszystkich innych chorobach wynik był ujemny zarówno z antygenem 1:500, jak 1:50 (odczytywanie wyniku przy stosowaniu stężenia 1:50 jest niezmiernie trudne ze względu na znaczne zmętnienie antygenu).

Próba strącania z płynem mózgowo-rdzeniowym, wykonana w 6 przypadkach (w tym w 4 przypadkach wągrzycy pewnych i w jednym przypadku podejrzanym, z dodatnią próbą strącania w surowicy krwi), wypadła ujemnie.

W większości przypadków, badanych na odczyn strącania oraz w 3 innych, podejrzanych o wągrzycę mózgu, badałam odczyn śródskórny, stosując antygen wągrowcowy w rozcieńczeniu 1:50 i 1:500 [6]). Wypadł on dodatnio w 2 przypadkach wągrzycy (z dodatnim odczynem strącania), oraz w 1 przyp. guza mózgu (operowanego), u którego w kale jaj pasożytów nie było. W 2 przypadkach z dodatnią próbą strącania (przyp. wągrzycy mózgu i oka oraz przypadek podejrzany o wągrzycę) szczepienie doskórne wypadło ujemnie.

---

[6]) Zarówno odczyn strącania, jak i szczepienie śródskórne wykonywałam podług wskazówek, udzielonych mi przez doc. dr Maternowską i z antygenem, który nam łaskawie dostarczyła, za co Jej serdecznie dziękuję.

Tak więc odczyn śródskórny, który w bąblowcu oddaje dużą przysługę (wprowadzony przez Casoniego), w wągrzycy układu nerwowego często zawodzi podobnie, jak i swoiste próby serologiczne. Z ostateczną oceną wartości omawianych prób należy się jednak wstrzymać, dopóki nie zostaną sprawdzone na znacznie większym materiale klinicznym.

Do metod pomocniczych należy wreszcie dołączyć badanie rentgenologiczne i to nie tylko czaszki, o czym już wspominałam, lecz także mięśni. Wągry usadawiają się bowiem bardzo często w mięśniach, szczególnie ud i miednicy zdaniem większości autorów. Według Danielsena natomiast najczęściej zajęte bywają duże mięśnie klatki piersiowej, następnie mięśnie ramienia, grzbietu oraz łydek. Zwapniałe wągry mięśni tworzą na rentgenogramach mniej lub więcej wysycone cienie kształtu eliptycznego o ostrych zarysach. Jest rzeczą zrozumiałą, iż wykrycie wągrów w niejasnym przypadku choroby układu nerwowego ułatwi w znacznym stopniu rozpoznanie. Zaznaczyć należy, iż wągrzyca mięśni przebiega bezobjawowo lub powoduje objawy, nie mające cech charakterystycznych, jak: bóle o typie gośćcowym, bolesne kurcze oraz wyczerpywanie się mięśni, astenia, bezsenność, a wreszcie złe samopoczucie (Capua).

Przytoczone tu przypadki ilustrują wyraźnie znaną skądinąd wielopostaciowość kliniczną wągrzycy układu nerwowego. Uwydatnia się ona nawet w przypadkach, które, ze względu na górujący zespół objawów, można połączyć w jedną grupę. Albowiem objawy, przekraczające ramy danego zespołu, odmienne w poszczególnych przypadkach, zmieniają w stopniu mniejszym lub większym zarysy obrazów klinicznych.

Objawami najstalszymi, bo obecnymi w 16 na 17 przypadków, były objawy zwiększonego ciśnienia wśródczaszkowego.

We wszystkich przypadkach istniały bóle głowy, w wielu przypadkach połączone z wymiotami, w niektórych z zawrotami głowy. Tarcza zastoinowa, stwierdzona w 12 przypadkach. była u niektórych chorych objawem stosunkowo krótkotrwałym, ustępowała bez śladu lub pozostawiając lekkie odbarwienie tarcz. W jednym tylko przypadku przeszła w zanik z zupełną ślepotą. W 8 przypadkach wzmożone ciśnienie wśródczaszkowe znalazło swój wyraz w mniej lub więcej zwiększonym ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego, w 5 przypadkach w zmianach kości czaszki, stwierdzonych na rentgenogramach. W 5 przypadkach udało się wykazać wodogłowie za pomocą odmy czaszkowej (encefalografii lub wentrikulografii).

Jak to już podkreślałam, omawiając poszczególne grupy przypadków, zakres objawów wodogłowiowych był daleko większy. Wodogłowiu wewnętrznemu musieliśmy przypisać w niektórych przypadkach zespół IV-komorowy, objawy móżdżkowe, niektóre napady padaczkowe, szczególnie zaś te o symptomatologii bardziej złożonej i atypowej (przyp. I. XV), objawy pozapiramidowe, chwytne, a być może zaburzenia psychiczne (przynajmniej w części) wyraźniejsze tylko w 4 przypadkach (trudno tu jednak wyłączyć wpływ zmian oponowych na półkulach mózgu).

Na podstawie przypadków wągrzycy mózgu, znanych z piśmiennictwa oraz własnych, możemy powiedzieć, iż objawy wodogłowiowe, zmienne co do nasilenia, stanowią w obrazie klinicznym niejako ośrodek, dookoła którego grupują się inne objawy, zależne od umiejscowienia i liczby pasożytów, oraz od rozległości i rozmiarów zmian oponowych. Ta przewaga objawów ogólnych, wodogłowiowych, nad ogniskowymi jest więc jedną z cech charakterystycznych wągrzycy mózgu w okresie pełnego jej rozwoju i powinna być uwzględniona w rozpoznaniach różniczkowych.

Ponieważ objawy oponowe przeważnie są słabo wyrażone, więc obraz kliniczny opanowany jest przez zespół wodogłowia, w skład którego wchodzą nie tylko objawy ogólne, lecz i miejscowe, ze ścian komór, a więc IV-komorowe, III-komorowe (roślinne, zaburzenia w miesiączkowaniu, zwiększenie podstawowej przemiany materii), wzgórkowe, pozapiramidowe itp.

W rozpoznaniu różniczkowym między wągrzycowym a kilowym zapaleniem opon miękkich na podstawie mózgu stanowi oszczędzanie większości nerwów czaszkowych (szczególnie zaś III pary) ważny argument, przemawiający na korzyść wągrzycy. (Jest rzeczą godną uwagi, iż nerwy, których zajęcie nie zdradza się żadnymi objawami klinicznymi, bywają niekiedy jakby wmurowane w masy wągrzycowe).

Dalszą cechą, charakterystyczną wągrzycy układu nerwowego, jest przewaga objawów podrażnieniowych nad ubytkowymi. Jest to punkt bardzo ważny w rozpoznaniu różniczkowym między guzem mózgu a naśladującą jego obraz kliniczny wągrzycą. W tych ostatnich przypadkach widujemy połączenie objawów wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego z napadami padaczkowymi ogólnymi i korowymi, ze zmianami odruchów, lecz porażenia połowicze zdarzają się rzadko i są bardzo słabo wyrażone (jak np. w naszych 2 przyp.) i zmienne co do nasilenia lub przejściowe. (Tłumaczy się to tym, że sprawa zapalna opon nie przechodzi na miąższ nerwowy, ani nie może wywierać znaczniejszego ucisku. Wobec przewlekłości sprawy chorobowej mózg dostosowuje się stopniowo do ucisku, wywieranego przez małe twory).

Trzecią cechą charakterystyczną omawianej tu choroby jest jej wieloogniskowość, dzięki której zakres objawów klinicznych zwykle nie mieści się w ramach zespołu jednoogniskowego. Ma to duże znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze w tych przypadkach, w których rozpoznanie waha się między wągrzycą a sprawą taką, jak guz mózgu, usadowiony w jednym miejscu (kilka guzów równocześnie zdarza się bardzo rzadko). Tak np. napady Jacksona zarówno ruchowe, jak i czuciowe, przerzucające się z jednego odcinka na drugi lub nawet z jednej połowy ciała na drugą, przemawiają bardzo poważnie za wągrzycą, a nie za guzem mózgu.

Wągrzyca zajmuje w patologii układu nerwowego stanowisko wyjątkowe, łączy bowiem w sobie cechy sprawy rozsianej i uciskowej. Dzięki temu można ją niekiedy odróżnić od innych chorób rozsianych, w których objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego zdarzają się rzadko, jak (*Encephalomyelitis dissem.*) lub wyjątkowo, jak (*Sclerosis multipl.*). Od obu ostatnich jednostek chorobowych różni się ponadto wybitną skłonnością padaczko-twórczą (stwardnienie rozsiane np. zajmuje według Foerstera w skali chorób padaczko-twórczych dopiero 13 miejsce), toteż napady padaczkowe uważać można za jeden z czołowych objawów wągrzycy mózgu.

Występują one w niej w najrozmaitszej postaci, a więc jako drgawki ogólne toniczno-kloniczne, czasami toniczne, z całkowitą lub częściową utratą przytomności, z zaburzeniami psychicznymi nietypowymi dla przeciętnej padaczki, napady korowe (ruchowe i czuciowe), *petit mal*, nietypowe napady padaczkowe, jak ruchy mimowolne skoordynowane, skurcze w poszczególnych grupach mięśniowych, jako napady toniczne szczególnego typu, znane pod nazwą *cerebellar fits Jacksona*, (ogólne, częściowe lub wypaczone). Do tych należą napady wyodrębnione przez Clovis Vincenta (odchylenie głowy ku tyłowi, wybitna sztywność karku, bladość twarzy) oraz przez Bogaerta i Martina (skurcze przeważające w jednej połowie ciała ze skrętem drugiej połowy wzdłuż osi ciała). (W jednym z naszych przypadków (XV) napady powyższego typu łączyły się niekiedy z zespołem tężyczkowym. Taki sam zespół wchodził w skład skomplikowanych napadów w przyp. I). Wymienić wreszcie należy napady drżenia ogólnego, połączonego niekiedy ze stanami lękowymi lub z zawrotami głowy, niekiedy też z kurczami tonicznymi w mięśniach szczęk, kończyn i tułowia. Dla napadów tej kategorii, przypominających napady czynnościowe, a znanych w piśmiennictwie pod nazwą padaczkopodobnych, proponuje Tyczka nazwę „napady wodogłowiowe". Do tych należą także napady toniczne i ich pochodne.

Napady różnego rodzaju mogą występować w przebiegu tego samego przypadku. Często występują seriami. Napad padaczkowy, sam przez się, nie posiada cech swoistych dla wągrzycy, dlatego też przypadki, w których jedynym objawem jest padaczka, pozostają prawie zawsze nierozpoznane.

Według Griesingera szybki i postępujący rozwój padaczki, częste przejście w stan padaczkowy, zakończony śmiercią, są charakterystyczne dla padaczki wągrzycowej, podobnie jak występowanie pierwszych napadów w wieku powyżej lat 40 (jeśli można wyłączyć inną chorobę mózgu) oraz brak porażeń we wczesnym okresie cierpienia. Dziś wszelako wiemy, iż na żadnym z powyższych objawów nie moglibyśmy się oprzeć w rozpoznaniu różniczkowym.

Zaznaczyć wreszcie należy (na co już Henneberg zwrócił uwagę), iż stwierdzenie wągrów u chorego na padaczkę nie jest bezwzględnym dowodem podłoża wągrzycowego padaczki, gdyż chorzy ci, otępiali, są bardziej narażeni na zanieczyszczenie pokarmów lub rąk jajami tasiemca, niż ludzie normalni. To samo zresztą dotyczy chorych, dotkniętych psychozą. Okoliczność ta utrudnia w dużym stopniu rozpoznanie wągrzycy u umysłowo chorych w zakładach. Wiadomo bowiem, że obraz zaburzeń psychicznych, spostrzeganych w wągrzycy mózgu, nie ma cech swoistych, lecz przypomina różne choroby umysłowe, jak porażenie postępujące, zespół Korsakowa, stany osłupienia, maniakalne lub maniakalno-depresyjne itp.

Wracając do cech znamiennych wągrzycy układu nerwowego, wymienić należy jeszcze zmienność obrazów klinicznych w różnych okresach choroby, okoliczność ułatwiającą rozpoznanie i to w znacznym stopniu. Jakkolwiek wągrzyca układu ner-

wowego nie posiada ani jednego objawu patognomonicznego, sądzę, że w wielu przypadkach można ją obecnie rozpoznać, przynajmniej z dużym prawdopodobieństwem, jeśli się będzie miało w pamięci wszystkie wymienione powyżej cechy charakterystyczne. Znaczenie metod pomocniczych omawiałam szczegółowo w rozdziale poprzednim. Podkreślę tu tylko, iż wybitna eozynofilia w płynie mózgowo-rdzeniowym posiada, wbrew mniemaniom wielu autorów, dużą, często rozstrzygającą wartość rozpoznawczą, lecz brak tego objawu nie świadczy bynajmniej przeciw etiologii wągrzycowej choroby. (Należy się zresztą liczyć i z tą możliwością, iż eozynofile nie zostały wykryte z powodu wadliwej techniki barwienia preparatów lub też upośledzonej barwliwości ciałek białych w środowisku płynnym). Sporny mógłby być tylko odsetek ciałek eozynochłonnych charakterystyczny dla wągrzycy, skoro eozynofilia zdarza się i w innych chorobach, szczególnie zaś w sprawach kiłowych i w guzie mózgu. Między cyframi, które ustanowili autor włoski Mari (powyżej 1%), a u nas Kaczyński (powyżej 7—13%), istnieje duża rozpiętość, która, być może, ulegnie jeszcze zmianom, w miarę dalszych badań w tym kierunku.

O wartości swoistych metod sero-biologicznych nie mogliśmy sobie jeszcze wyrobić opinii ani na podstawie danych z piśmiennictwa, ani też wyników własnych. Odnoszę jednak wrażenie, iż nie będą one miały znaczenia decydującego w przypadkach wątpliwych. Duże znaczenie rozpoznawcze może mieć stwierdzenie wodogłowia za pomocą wentrikulografii (encefalografii należało by się wystrzegać ze względu na możliwość rozsiania się wągrów, znajdujących się w oponach rdzeniowych). Zdaniem Choróbskiego znaczne wodogłowie przy zespole tylnej jamy przemawia *ceteris paribus* za wągrzycą mózgu. Wodogłowie, wykazane za pomocą odmy, jest większe, niż na zwłokach; przy sekcji prawdopodobnie, po wylaniu się płynu z komór, mózg się zapada i wodogłowie nie jest tak uderzające.

Obecność tasiemca w jelitach chorego lub osoby z najbliższego jego otoczenia jest niewątpliwie jedną z okoliczności, przemawiających za wągrzycą.

Należy o tym pamiętać podczas zbierania wywiadów i nie zaniedbać żadnej metody pomocniczej, mogącej wykryć tego pasożyta. Jak się osobiście przekonałam na dużym materiale chorych, leczonych w przychodni w ciągu ostatniego półrocza, tasiemiec nie jest u nas „pasożytem na wymarciu“, jak w Niemczech. Przeciwnie zdarza się on stosunkowo często. Współistnienie tasiemca i wągrów w jednym przypadku (a tym samym możliwość samozakażenia), nie wydaje się tak rzadkie, jak ogólnie przypuszczają, skoro w naszym materiale zdarzyło się w 25% przypadków.

Różnorodność obrazów klinicznych wągrzycy ujawnia się również w przebiegu i w czasie trwania choroby. Znane są przypadki o przebiegu ostrym, podostrym lub przewlekłym w ciągu paru, kilku, a nawet kilkudziesięciu lat. W jednych przypadkach okresy zwolnień, niekiedy długotrwałych, występują na przemian z okresami objawów burzliwych, w innych natomiast choroba stale postępuje i kończy się śmiercią nagłą lub poprzedzoną stanem charłactwa. Przebieg i czas trwania choroby zależne są od wielu czynników, jak umiejscowienie wągrów (np. wągry IV komory różnią się przebiegiem od wągrów innych okolic mózgu), stopień wodogłowia i zachodzące w nim wahania (wodogłowie przepuszczające lub zamknięte), a wreszcie osobnicza odporność mózgu na szkodliwe działanie pasożytów (Henneberg). Choroba przebiega z ciepłotą normalną lub podgorączkową, rzadko zaś wysoką. Ta ostatnia zdarza się natomiast w okresie początkowym choroby (jak to widzieliśmy w 4 naszych przypadkach), towarzysząc pierwszym objawom nerwowym lub je poprzedzając.

O samowyleczeniu wągrzycy w znaczeniu klinicznym nie może być mowy, skoro nawet pasożyty obumarłe wydzielają jady chorobotwórcze, a wągry zwapniałe (a więc chemicznie nieczynne) jako ciało obce również nie są obojętne. Wągrzyca układu nerwowego może jednak przebiegać bezobjawowo nawet przez czas dłuższy, a czasem poszczególne wągry zostają wykryte przypadkowo po śmierci, spowodowanej inną chorobą.

Leczenia przyczynowego wągrzycy do tej pory nie posiadamy. Wągry pojedyncze, umiejscowione w korze lub podkorowo, dostępne są leczeniu chirurgicznemu. W piśmiennictwie znanych jest wiele przypadków operowanych, lecz tylko w nielicznych był wynik zabiegu pomyślny (Maydl, Goldstein, Borchardt, Cassirer, Mintz i inni).

W przypadkach wągrzycy rozsianej stosuje się naświetlanie mózgu i rdzenia promieniami Roentgena, które to leczenie wprowadzone zostało przez Loewenthala. Dane w piśmiennictwie, dotyczące tej sprawy, są bardzo skąpe, bo też autorzy zagraniczni rozporządzają w ostatnich latach tylko poszczególnymi przypadkami wągrzycy. W naszych przypadkach stosowaliśmy również naświetlanie promieniami Roentgena splotów naczyniastych, w jednym przypadku (XV) także rdzenia. Tylko w ostatnim przypadku można by się dopatrzyć wpływu dodatniego. Objawy rdzeniowo-korzonkowe zmniejszyły się bezpośrednio po naświetlaniu; z objawów mózgowych cofnęła się tarcza zastoinowa, zmniejszyły się nieco bóle głowy. Nie uległy natomiast zmianie (tak co do nasilenia, jak i charakteru) napady padaczkowe. W niektórych przypadkach naświetlanie nie powstrzymało dalszego rozwoju choroby i nie miało nawet wpływu na bóle głowy, ani wymioty.

Wobec niemożności wyleczenia wągrzycy, tym większy nacisk należy kłaść na wszelkie środki zapobiegawcze. Chodzi tu przede wszystkim o zwalczanie tasiemca, jako źródła tej strasznej choroby, prawie nieuchronnie prowadzącej do śmierci. *Konieczną jest rzeczą wprowadzenie ściślejszej kontroli nad ubojem wieprzy oraz bydła rogatego* (skoro istnieje podejrzenie, że i wągry *taeniae sagin.* mogą się zdarzać u ludzi) *po wsiach i miastach prowincjonalnych, jak również podniesienie poziomu higieny wśród szerszej masy ludności i uświadomienie jej o niebezpieczeństwie, jakie kryje w sobie tasiemiec zarówno dla nosiciela, jak i dla otoczenia. Ponieważ w przenoszeniu jaj tasiemca do przewodu pokarmowego człowieka pośredniczą między innymi jarzyny, spożywane w stanie surowym, należało by ograniczyć stosowania nawozów naturalnych w ogrodach warzywnych, jak również podlewania jarzyn wodą zanieczyszczoną.* Są to tylko najważniejsze, lecz bynajmniej nie wszystkie żądania, które się nasuwają na myśl w związku ze zwalczaniem tasiemca oraz wągrzycy. Dzięki zastosowaniu środków zapobiegawczych w walce z tasiemcem w krajach zachodniej i północnej Europy, przypadki wągrzycy należą tam do wielkiej rzadkości.

Na zakończenie muszę jeszcze podkreślić, że wszystkie przytoczone przeze mnie przypadki, jak i materiał dawniejszy, opracowany przez Tyczkę, dotyczy ludności chrześcijańskiej. Wśród przypadków warszawskich w ogóle jeden tylko, o ile mi wiadomo, dotyczył Żyda. Nie jest to oczywiście dziełem przypadku, lecz pozostaje w ścisłym związku z rodzajem spożywanego mięsa i w ogóle z nieco odmiennym sposobem odżywiania się obu warstw ludności.

Piśmiennictwo:

Piśmiennictwo (poza uwzględnionym w pracach: Schmite: Les Cysticercoses du Névraxe, Paris 1928; W. Tyczka: Klinika wągrzycy układu nerwowego. Neurologia Polska. T. XVIII. Z. I. 1935).

Barré: Ann. de Médecine. T. 36. 1934. — Busse: Arch. f. Psych. T. 95. 1931. — Capua: Policlinico sez. prat. Nr 32. 1932. — Dunaburg: Z. Neur. T. 142. — Guillain, Bertrand i Thurel: R. n. II. 1933 — Halpern: Klin. Wschr. Str. 718. 1928. — Henneberg: Handbuch der Neurol. Bumke und Foerster. — Kaczyński: Warsz. Czas. Lek. Nr 41. 1935. — Kroll: Zbl. Neur. 66, 1933 — Krzemiński: Medycyna. Nr 19. 1936. — Kulkow i Sternberg: Mschr. Psych. T. 91. 1935. — Lehoczky: D. Z. f. N. T. 132. 1933. — Malaguti: Zbl. Neur. 64. 1932. — Margulis: Przewlekłe choroby pasożytnicze i zakaźne układu nerwowego. 1933 (po rosyjsku). — Moniz: L'Encéphale. 1932. — Rizzo: Riv. di patol. et ment. 41. 1933. — Rothfeld: D. Z. f. N. T. 137. 1935. — Salinger i Kallman: Mschr. Psych. T. 72. 1929. — Schmite i Lermoyez: R. n. II. 1932. — Wichel: Klin. Wschr. Str. 57. 1930. — Załkind: Sow. Newropat. T. IV. Z. IV. 1935. — W. Bernasiewicz i Z. Messing: Now. Psych. Z. 3/4. 1935.

Lekarz Maksymilian KURZROK. Truskawiec.

Barbara Truskawiecka. — Nowy polski zdrój gorzki.

Z prelekcji wygłoszonej do mikrofonu Polskiego Radia we Lwowie.

Postęp i rozwój polskiego zdrojownictwa zaznaczył się w ostatnim roku w sposób wybitny w dziedzinie odkrycia i oddania do użytku publicznego nowych zdrojów. Oto Polska tak uboga w zdroje gorzkie otrzymała nowy zdrój gorzki — zdrój „Barbary“ w Truskawcu.

Oddanie do użytku publicznego zdroju wody gorzkiej „Barbara“ i produktu tej wody soli gorzkiej stanowi tedy ważny etap w rozwoju naszego zdrojownictwa.

Co to jest zdrój gorzki „Barbary"? Inż. Kielesiński, który prowadził roboty górnicze przy udostępnianiu tego zdroju dla użytku publicznego, tak je charakteryzuje: złoża solne zostały odkryte w szybie „Barbary" w głębokości 55 m chodnikiem. Przedstawiają one górotwór składający się z iłów solnych, zmieszanych w znacznym stosunku z solami sodu, magnezu, potasu i wapnia bądź to jako chlorki, bądź jako siarczany lub węglany.

Solanka ze szybu „Barbary" musi być w celach pitnych odpowiednio rozcieńczona. Ponadto by z niej usunąć niepotrzebne chlorki poddaje się solankę ze szybu „Barbary" procesowi krystalizacji w drodze naturalnej, uzyskując w niskich ciepłotach, przez naturalną przemianę siarczanów magnezu z chlorkiem sodu zwiększenie ilości siarczanu sodowego. Przez odpowiednie wysuszenie tej soli odparowuje się wodę krystalizacyjną, otrzymując w ten sposób prawie że czysty chemicznie siarczan sodowy. Z wody tedy ze zdroju „Barbary" produkuje się sól „Barbary" poddając solankę procesowi wymrażania.

W czasie procesu wymrażania wykrystalizowuje czysty ponad 99% siarczan sodowy, naturalna sól gorzka „Barbary". Naturalną wodę gorzką „Barbara" podaje się w pięciu różnych stężeniach w zależności od wskazań lekarskich.

Znaczenie faktu oddania do użytku publicznego nowego zdroju gorzkiego „Barbary" truskawieckiej jest ważne bodaj przez fakt, że rozszerza wybitnie skalę możliwości leczniczych w Truskawcu, pozwalając kombinować leczenie zespołu schorzeń na tle kamicy z zespołem schorzeń przewodu pokarmowego i zaburzeń przemiany materii.

„Barbara" truskawiecka czyni tedy z Truskawca jedyne w Polsce zdrojowisko, w którym leczenie schorzeń dróg moczowych i żółciowych na tle skazy kamiczej oraz leczenie dny może być skombinowane z leczeniem tych schorzeń przewodu pokarmowego, które wymagają traktowania wodą gorzką.

Już dziś, po krótkim czasie praktycznego stosowania wody gorzkiej „Barbary" można w najogólniejszych zarysach sprecyzować główne zasady jej działania farmakodynamicznego na ustrój ludzki. I tak obserwowaliśmy w nadkwaśnych nieżytach żołądka wpływ hamujący tej wody na wydzielanie soków żołądkowych. W przypadkach uporczywych zaparć obserwowaliśmy już w pierwszych dniach leczenia sprawne opróżnianie jelit.

Działanie odtłuszczające „Barbary" rzucało się od razu w oczy, zaznaczając się utratą 3—12 kg wagi ciała w czasie okresu leczenia, po skombinowaniu leczenia „Barbary" z kąpielami solankowymi i odpowiednią dietą.

Stężone roztwory siarczanu sodu i magnezu, powodują mianowicie przemieszczenie znacznych ilości wody z organizmu do jelit, po czym następuje wydzielenie wody. W ten sposób organizm pozbywa się dużej ilości wody. Tłuszcze wprowadzane do ustrojów w pokarmach przechodzą pod wpływem „Barbary" w nierozpuszczalne mydła magnezowe i w tej postaci zostają z ustroju wydalone. W końcu praktyka kilku miesięcy stosowania wody gorzkiej „Barbara" wykazała korzystny jej wpływ na wydzielanie żółci oraz na opróżnianie zaległości woreczka żółciowego.

Odkrycie i oddanie do użytku publicznego naturalnej wody gorzkiej i soli gorzkiej „Barbara" wywołało zaraz w pierwszym roku zainteresowanie sfer lekarskich oraz społeczeństwa. Truskawiec otrzymał w postaci zdroju „Barbary" niezwykłe uzupełnienie swego arsenału leczniczego. Badania wpływu wody „Barbara" zostały rozpoczęte w uniwersyteckich zakładach naukowych, gdzie ich właściwości lecznicze poznane przez praktykę, badane są doświadczalnie i gdzie ich działanie fizjologiczne i farmakodynamiczne zostanie wyjaśnione.

Zdrojownictwo polskie otrzyma w zdroju gorzkim „Barbary" nowy czynnik rozwoju.

Dr Emanuel DAMAŃSKI. Lwów.

Dom Lekarski we Lwowie.

Od szeregu lat Lwowskie Towarzystwo Lekarskie odczuwało dotkliwie brak własnego gniazda, w którym by nie tylko odbywały się posiedzenia naukowe, ale gdzie mogło by się rozwinąć życie towarzyskie. Niewątpliwie nieodpowiednie pomieszczenie było jednym z powodów słabego rozwoju Towarzystwa Lekarskiego w ostatnim czasie. Aby temu zaradzić, postanowiono wybudować własny dom, zebrano w tym celu pewne fundusze i wybrano Komisję budowy domu z prof. Renckim na czele. Dzięki przychylnemu ustosunkowaniu się b. Wydziału Krajowego i subwencji Zarządu m. Lwowa zakupiono dom przy ul. Zyblikiewicza 6; na miejscu tego domu miano wybudować gmach przystosowany do celów Towarzystwa Lekarskiego. Niestety z powodu wojny fundusze zbierane na budowę nowego domu uległy dewaluacji, a nadto inne powody przeszkodziły tym zamiarom. Po wejściu w życie nowej ustawy budowlanej, mimo przygotowanych planów, urzeczywistnienie budowy stało się już niemożliwe, gdyż parcela powstała po zburzeniu domu była by za małą na wybudowanie domu, który by odpowiadał wymaganiom obowiązującej już ustawy budowlanej.



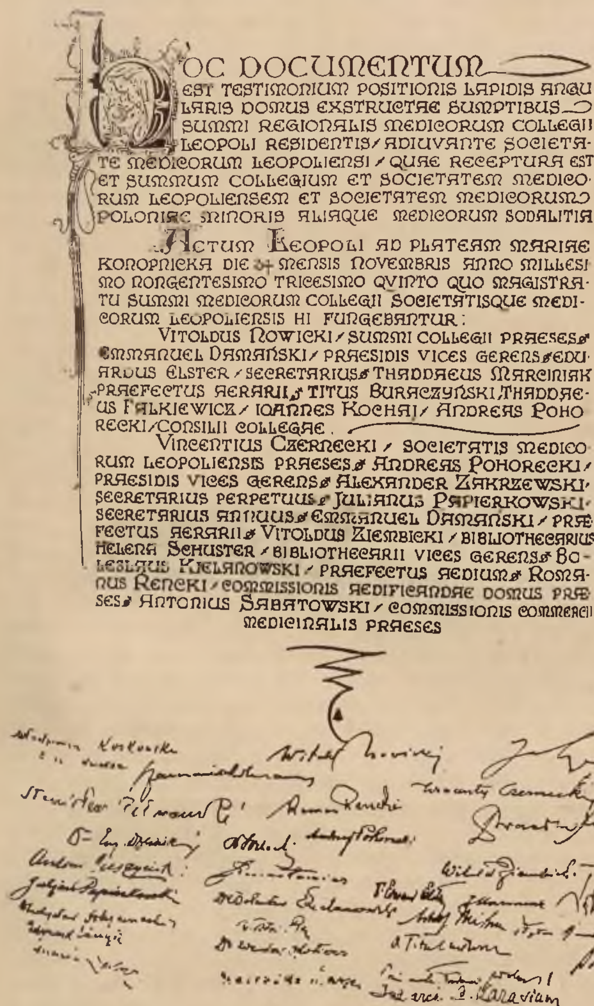
Uroczystość wmurowania aktu erekcyjnego w kamień węgielny.

W tym czasie wyszła także nowa ustawa o izbach lekarskich, w myśl której Izba, jako przedstawicielka zawodu lekarskiego, winna popierać także instytucje naukowe i zrzeszenia lekarskie. Wobec niemożliwego umieszczenia biur izbowych w dotychczasowym lokalu, a nadto wobec przyjętego zwyczaju lokowania rezerw instytucji ubezpieczeniowych Izby w nieruchomościach, Zarząd Izby postanowił w roku 1934 zakupić odpowiednią parcelę i wybudować na niej dom, który by nie tylko mieścił biura izbowe, ale był zarazem siedzibą Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako też innych towarzystw i zrzeszeń lekarskich.

Ówczesny Prezes Izby Lekarskiej dr Andrzej Pohorecki wespół z byłym Prezesem prof. dr Witołdem Nowickim i ówczesnym skarbnikiem Izby i Towarzystwa Lekarskiego dr Emanuelem Damańskim wybrali po porozumieniu się z Zarządem Izby parcelę przy ul. Konopnickiej 3, 24 m głęboką, z frontem 18,5 m długim, zakupili ją, wykonując uchwałę Rady Izby Lekarskiej, a Zarząd Izby rozpisał konkurs na szkice pod budowę gmachu.

Spośród nadesłanych prac Komitet Budowy, złożony z delegatów Izby Lekarskiej i Towarzystwa Lekarskiego wyróżnił zaszczytnie projekt prof. inż. Tadeusza Wróbla i inż. Leopolda Karasińskiego, jako najbardziej odpowiadający warunkom konkursu i nadający się do wykonania. Tymczasem Towarzystwo Lekarskie sprzedało dom swój przy ul. Zyblikiewicza 6 i uchwaliło umieścić 40.000 zł w mającym się wybudować domu Izby Lekarskiej z tym, że Izba Lekarska budowę domu tak poprowadzi, aby Towarzystwo Lekarskie miało tam odpowiednią dla siebie salę, bibliotekę oraz pokoje klubowe, a zatem wszystko to, co zamierzało we własnym domu stworzyć. Budowę rozpoczęto dnia 1 października 1935 r. pod kierunkiem technicznym i artystycznym projektodawców. Przed rozpoczęciem budowy wykonano próbne głębokie wiercenia celem zbadania warunków geologicznych ziemi, w następstwie czego postanowiono budować na pilotach żelazo-betonowych, sięgających do warstwy kredowej ziemi. Na 172 pilotach wykonano płytę betonową, a na niej ułożono dopiero fundament. Dnia 24 października 1935 r. w obecności zaproszonych członków Izby i Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, przedstawicieli innych zrzeszeń lekarskich, rektora Uniwersytetu prof. Czekanowskiego, Dziekana Wydziału Lekarskiego prof. Koskowskiego, Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr Majewskiego i innych odbyło się wmurowanie aktu erekcyjnego, ułożonego przez prof. dr Witołda Ziembickiego, a wykonanego przez archiwariusza Mękickiego. Dnia 25 grudnia 1935 r. budynek był pod dachem w surowym stanie, z końcem stycznia 1936 r. zaś był już pokryty dachem blaszanym. Celem zupełnego odwodnienia gruntu wybudowano jeszcze w zimie kanał, którego rury dla wszelkiej pewności także ułożono na pilotkach. Przez zimę

budowa spoczywała, a dopiero w maju 1936 r. przystąpiono do wykonania drugiej serii robót budowlanych. Fasada budynku jest wykonana ze szlachetnej wyprawy „Lithosyt" (sztuczny kamień) a parter do podłogi I piętra jest pokryty okładziną z kamienia szydłowieckiego. Napisy na frontonie gmachu w postaci aforyzmów najstarszego lekarza Hippokratesa wykonane starą techniką włoską *„scraffito"*, zwracają uwagę przechodnia, że jest to dom, należący do lekarzy.



HOC DOCUMENTUM EST TESTIMONIUM POSITIONIS LAPIDIS ANGULARIS DOMUS EXSTRUCTAE SUMPTIBUS SUMMI REGIONALIS MEDICORUM COLLEGII LEOPOLI RESIDENTIS, ADIUVANTE SOCIETATE MEDICORUM LEOPOLIENSI, QUAE RECEPTURA EST ET SUMMUM COLLEGIUM ET SOCIETATEM MEDICORUM LEOPOLIENSEM ET SOCIETATEM MEDICORUM POLONIAE MINORIS ALIAQUE MEDICORUM SODALITIA

ACTUM LEOPOLI AD PLATEAM MARIAE KONOPNICKA DIE 24 MENSIS NOVEMBRIS ANNO MILLESIMO NONGENTESIMO TRICESIMO QVINTO QUO MAGISTRATU SUMMI MEDICORUM COLLEGII SOCIETATISQUE MEDICORUM LEOPOLIENSIS HI FUNGEBANTUR:

VITOLDUS NOWICKI, SUMMI COLLEGII PRAESES; EMMANUEL DAMAŃSKI, PRAESIDIS VICES GERENS; EDUARDUS ELSTER, SECRETARIUS; THADDAEUS MARCINIAK, PRAEFECTUS AERARII; TITUS BURACZYŃSKI, THADDAEUS FALKIEWICZ, IOANNES KOCHAJ, ANDREAS POHORECKI, CONSILII COLLEGAE.

VINCENTIUS CZERNECKI, SOCIETATIS MEDICORUM LEOPOLIENSIS PRAESES; ANDREAS POHORECKI, PRAESIDIS VICES GERENS; ALEXANDER ZAKRZEWSKI, SECRETARIUS PERPETUUS; JULIANUS PAPIERKOWSKI, SECRETARIUS ANNUUS; EMMANUEL DAMAŃSKI, PRAEFECTUS AERARII; VITOLDUS ZIEMBICKI, BIBLIOTHECARIUS; HELENA SCHUSTER, BIBLIOTHECARII VICES GERENS; BOLESLAUS KIELANOWSKI, PRAEFECTUS AEDIUM; ROMANUS RENCKI, COMMISSIONIS AEDIFICANDAE DOMUS PRAESES; ANTONIUS SABATOWSKI, COMMISSIONIS COMMERCII MEDICINALIS PRAESES

Akt erekcyjny z podpisami obecnych na uroczystości wmurowania go w kamień węgielny.

Do wnętrza gmachu wiodą dwie bramy, jedna środkowa reprezentacyjna, a druga boczna przeznaczona do użytku codziennego, jako wejście do biur izbowych i lokalów różnych zrzeszeń lekarskich. Bramą szeroką, reprezentacyjną wchodzi się do hallu, gdzie mieści się szatnia i toalety, a stąd szerokimi, niskimi schodami wchodzi się na podium, wiodące wprost do sali, kilku schodami zaś po obu stronach w przeciwnym kierunku do foyer, z którego jest wyjście na frontowy balkonik. W foyer jest bufet i wejścia do biblioteki Towarzystwa Lekarskiego i do pokoi klubowych. Sala jest 16 m długa i 10 m szeroka, a 6 m wysoka, ma z obu stron po 5 okien, wychodzących na podwórze budynku, posiada przy tym galerię. Sufit sali jest kasetonowy z pozłacaną sztukaterią a ściany sali pokryte boazerią. Ściany hallu, foyer, schodów i słupów są pokryte częściowo alabastrem „Winnica" lub białym, zaś grzejniki są ujęte marmurem kieleckim w postaci kominków. Sala wraz z galerią mieści około 240 miejsc siedzących. Dla chorych przeznaczonych dla demonstracji podczas wykładów, dobudowano osobny pokój, jako poczekalnię, łączący się drzwiami z estradą sali; pokój ten ma własny przedpokój i toaletę. Chorych wprowadza się do tego pokoju boczną bramą przez podwórze. Na galerię sali wchodzi się z wysokiego parteru. Drugą mniejszą bramą i sienią, której ściany są pokryte alabastrem i marmurem belgijskim wchodzi się do biur izbowych i zrzeszeń lekarskich.

Z hallu na I piętrze gmachu wiodą osobne drzwi do wszystkich biur izbowych. Na II piętrze są jedno i dwupokojowe lokale, przeznaczone dla towarzystw i zrzeszeń lekarskich, wchodzi się do nich przez obszerny hall, który może być użyty na mniejsze zebrania. W suterenach są kotły i piece dla centralnego ogrzewania, piwnice na opał, przez specjalny otwór z ulicy tam składany, magazyn na krzesła, spuszczane do niego ze sali przez odpowiednie otwory, celem przechowania ich tamże w razie potrzeby opróżnienia sali; nadto są dwie rezerwowe szatnie, połączone ze szatnią główną w hallu, a służące również na toaletę i garderobę podczas większych imprez wszystkie szatnie wystarczą na 250 osób. Na II piętrze jest mieszkanie dla woźnego Izby, a w parterze dla portiera lub dozorcy. W parterze umieszczona jest kuchnia, do której wchodzi się z podwórza, znajdującego się po drugiej stronie sali; kuchnia jest wyposażona we wszelkie potrzebne kuchenne urządzenia, a przeznaczona jest na zaopatrzenie bufetu w razie imprez, a także do użytku członków, bawiących w pokojach klubowych lub w bibliotece Towarzystwa. Potrawy z kuchni są podawane za pomocą wyciągu do bufetu, znajdującego się we foyer. Oba podwórza są połączone ze sobą tunelem, do którego schodzi się po schodkach betonowych; podwórza są kryte taflami betonowymi i odgrodzone od sąsiedztwa siatkami o podmurowaniach żelazo-betonowych. W hallu wyryto w ścianie alabastrowej następujący napis pamiątkowy:

Stanowi Lekarskiemu na pomyślność, Nauce Polskiej na chwałę, Społeczeństwu na pożytek Dom ten wzniesiony za czasów naszego urzędowania a roku pańskiego tysiącznego dziewięćsetnego trzydziestego szóstego do użytku oddany został.

Do Zarządu Okręgowej Izby Lekarskiej należeli

Witołd Nowicki prezes, Emanuel Damański wiceprezes, Tadeusz Falkiewicz wiceprezes, Edward Elster sekretarz, Tadeusz Marciniak skarbnik, Tytus Buraczyński, Stanisław Chmura, Jan Kochaj, Andrzej Pohorecki.

Prezesem Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie był Roman Rencki.

Prezesem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego był Antoni Sabatowski.

Prezesem Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego był Lesław Węgrzynowski.

Twórcami projektu Domu i kierownikami jego budowy byli inż. arch. Tadeusz Wróbel i Leopold Karasiński.

Cały budynek jest wykonany dokładnie, w stylu klasycznym, a o wytrzymałości jego mówią piloty i silna konstrukcja fundamentów. Jest wielką zasługą projektodawców i kierowników budowy, że dziś, kiedy gmach jest wykończony, widzi się, jak każdy szczegół był dokładnie przez nich przemyślany i jak dostosowany do właściwych celów. Jest też zasługą Rady Izby Lekarskiej, że część funduszów ubezpieczeniowych, jako też wdów i sierót po lekarzach, ulokowano w tej ruchomości. Kalkulacja finansowa wykazuje, że dochody z tej lokaty będą co najmniej takie same, jak przy lokacie bankowej. Okręgowa Izba Lekarska dokonała ważnego dzieła w dziejach stanu lekarskiego Wschodniej Małopolski, gdyż stworzyła nie tylko gmach reprezentacyjny dla stanu lekarskiego, ale także położyła podwaliny pod większy i szybszy rozwój Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, co znowu będzie miało wpływ na polską naukę lekarską i zbliżanie się do siebie lekarzy. Korzyścią dla Izby jest też stworzenie lokalu odpowiedniego dla biur izbowych, gdyż dotychczasowy lokal nie odpowiadał najniezbędniejszym potrzebom Izby, której agendy w ostatnich latach znacznie się zwiększyły; jest to przecież pod względem liczby członków po warszawsko-białostockiej druga Izba w Polsce. Należy podnieść, że w czasach ogólnego kryzysu przyczyniła się Izba przez budowę tego gmachu do zatrudnienia wielkiej liczby bezrobotnych, dając zajęcie pewnej liczbie robotników przez okres prawie dwuletni. Należy też nadmienić, że wszelkie roboty były wykonane przez firmy miejscowe i wszystkie wywiązały się dobrze ze swego zadania.

Zarząd Izby ma uzasadnioną nadzieję, że nowy gmach stanie się ogniskiem życia zawodowego, naukowego i towarzyskiego lekarzy, że spełni on cel, dla którego został wzniesiony.

Dom Lekarski we Lwowie, uroczystość jego poświęcenia oraz jubileuszu Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie i Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

Świat lekarski lwowski dnia 9 maja br. obchodził potrójną uroczystość, mianowicie uroczystość poświęcenia i otwarcia nowowzniesionego Domu Lekarskiego oraz uroczystość siedemdziesięciolecia Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie i sześćdziesięciolecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. Ta potrójna uroczystość była też niejako widomym symbolem zgodnej współpracy tych trzech poważnych organizacji lekarskich we Lwowie. Nic też dziwnego, że zgromadziła ona liczny zastęp lekarzy i że wzięli w niej udział także przedstawiciele

władz rządowych i samorządowych, wojskowości, pokrewnych towarzystw, instytucyj itp.; w szczególności byli obecni przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej, naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr Majewski, wojewoda lwowski dr Biłyk, prezydent miasta doc. dr Ostrowski z ławnikami, imieniem wojskowości płk. dr Sawicki, rektorzy Szkół akademickich, wszyscy dziekani Wydziałów lekarskich polskich, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej senator prof. dr Michałowicz, prezesi Izb lekarskich krakowskiej dr Stryjeński i wileńskiej prof. dr Pelczar, prezes Tow. lekarskiego krakowskiego prof. dr Oszacki, łuckiego dr Żytyński, prezes Izby aptekarskiej lwowskiej mgr Ehrbar, przedstawiciele towarzystw aptekarskich i innych.

Za stołem prezydialnym zasiedli prezes Izby Lekarskiej lwowskiej prof. Nowicki, prezesi Towarzystwa lekarzy polskich i Towarzystwa lekarskiego lwowskiego prof. Rencki i doc. dr Sabatowski, wiceprezesi Izby lek. Lwowskiej dr Damański i dr Falkiewicz, sekretarze stali wymienionych towarzystw prof. Zakrzewski i doc. dr Grabowski, skarbnik Izby doc. dr Marciniak.

Uroczystość rozpoczęła się poświęceniem Domu przez gwardiana OO. Bernardynów Ks. Janickiego; następnie prezes Izby prof. Nowicki, jako gospodarz Domu, przemówił następującymi słowy:

Imieniem Izby Lekarskiej, jako gospodarz tego Domu, pozwalam sobie serdecznie podziękować Czcigodnym Gościom za przybycie i wzięcie udziału w tej naszej dzisiejszej potrójnej uroczystości, powiadam potrójnej, bo tutejszy świat lekarski dziś święci uroczystość poświęcenia i otwarcia Domu Lekarskiego oraz jubileusz siedemdziesięciolecia i sześćdziesięciolecia jednych z najstarszych i najczcigodniejszych Towarzystw Lekarskich w Polsce, mianowicie Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie i Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. Dzień to ważny dla lwowskiego świata lekarskiego, bo dzień poświęcenia Domu, pod którego dachem mają się znaleźć niemal wszystkie, a w każdym razie najpoważniejsze i najstarsze jego organizacje, mające swą siedzibę we Lwowie. A trzeba podnieść, że brak tak pojętego Domu Lekarskiego dotkliwie dawał się nam odczuwać.

Starsi Koledzy pamiętają te czasy, kiedy to w czynszowym domu przy ul. Dominikańskiej, w ciasnej salce odbywały się posiedzenia naukowe Towarzystwa Lekarskiego, gdzie też w nader skromnym i niezwykle ciasnym lokalu mieściła się Izba Lekarska, a potem obie te organizacje znalazły gościnę znowu pod jednym dachem w domu Polikliniki przy ul. Lindego, zawsze jednak w pomieszczeniu ciasnym, a już niemożliwym, gdy liczba członków Towarzystwa znacznie wzrosła, gdy działalność Towarzystwa się bardziej ożywiła, gdy agendy Izby Lekarskiej wzrastały a w niepodległej Polsce ustawowy zakres jej działalności niepomiernie się rozszerzył. Nie dziw więc, że jeszcze przed wielką wojną sprawa budowy Domu własnego stała się aktualną, że jeszcze przed wojną Towarzystwo Lekarskie powołało do życia Komisję budowy domu z prof. Renckim na czele. Niestety — wielka wojna, jak w wielu innych dziedzinach, tak samo i tu niedopuściła do urzeczywistnienia zamierzonej myśli. Odczuwaliśmy wszyscy coraz bardziej dokuczliwy brak odpowiedniej siedziby, zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że brak ten powstrzymuje rozwój życia naukowego, zawodowego, towarzyskiego i społecznego tutejszego świata lekarskiego.

Dopiero szczęśliwa myśl użycia części funduszów Izby Lekarskiej i Towarzystwa Lekarskiego, uzyskanych przez Towarzystwo ze sprzedaży starego domu czynszowego przy ul. Zyblikiewicza, a udzielonych Izbie w postaci pożyczki, ostatecznie pozwoliła urzeczywistnić od wielu lat nieurzeczywistnione zamiary.

Uchwała Rady Izby, podjęta w r. 1934, a równocześnie postanowienie Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, rozstrzygnęły ostatecznie o powstaniu budynku, którego poświęcenie i otwarcie dziś obchodzimy.

Izba Lekarska jeszcze za mojego poprzednika dyr. dr Pohoreckiego przy współudziale obecnego wiceprezesa Izby dra Damańskiego zakupiła parcelę a w następnym roku, tj. 1935, *ad hoc* powołana Komisja jednomyślnie spośród kilku projektów przyjęła jako najodpowiedniejszy i najlepszy projekt prof. inż. Wróbla i inż. Karasińskiego oraz oddała im kierownictwo budową, budowę zaś w surowym stanie przedsiębiorcy inż. Meisnerowi.

Wkrótce też potem odbyła się skromna uroczystość wmurowania w kamień węgielny pisma pamiątkowego a w półtora roku później budynek był już zupełnie wykończony. Mamy więc już Dom, który oby stanowił nową erę w życiu tutejszego świata lekarskiego! Pamiętać należy, że Lwów w stosunku do liczby ludności ma najwięcej lekarzy w porównaniu z innymi większymi środowiskami Polski. W Domu tym znalazły i znajdą pomieszczenie, prócz Izby Lekarskiej, Towarzystwo Lekarzy Polskich, Towarzystwo Lekarskie, Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Lekarzy Kasowych, Stomatologów przynależnych do Izby Lekarskiej Lwowskiej, a później może inne.

Zbieg okoliczności sprawił, że równocześnie w tym roku i w tym samym dniu święcimy uroczystość jubileuszową zasłużonych i najstarszych we Lwowie Towarzystw Lekarskich, Towarzystwa Lekarzy Polskich i Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego. Korzystam z tej chwili, aby imieniem Izby Lekarskiej Lwowskiej, w szczególności imieniem jej Zarządu i własnym, złożyć na ręce przewodniczącego prof. dra Renckiego najbardziej Czcigodnemu Towarzystwu Lekarzy Polskich we Lwowie słowa serdecznych życzeń; niechże ta nasza lekarska macierz, tak zasłużona i tak pięknie zapisana w historii naukowego i społecznego życia lekarskiego we Lwowie i poza nim, cieszy się nadal tym poważaniem i tą czcią, jakie ją otaczają od lat dziesiątek. Proszę też kol. doc. dra Sabatowskiego, jako przewodniczącego, o przyjęcie gorących życzeń dla Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, aby i ono na przyszłość cieszyło się tą piękną tradycją, jaką się chlubi, aby było nadal ośrodkiem naukowym i wymiany wzajemnej myśli kolegów lwowskich, którzy w nim się skupiają. Oby wspólny dach tego budynku zacieśnił jeszcze bardziej węzły współpracy i współżycia wzajemnego w dobrej i złej doli Towarzystw-Jubilatów i Izby Lekarskiej *ad multos annos!*

W końcu na tym miejscu uważam sobie za miły obowiązek podziękować Komisji budowy Domu za jej prace, w szczególności mojemu poprzednikowi dr Pohoreckiemu, następnie wiceprezesowi Izby dr Damańskiemu, który wiele czasu i pracy poświęcił w związku z budową i to pracy owianej duchem obywatelskim. W uznaniu tego Rada Izby uchwaliła powiesić Jego portret w sali posiedzeń Zarządu. Szczególne słowa uznania i podzięki należą się twórcom projektu i kierownikom budowy pp. prof. inż. Wróblowi i inż. Karasińskiemu za niezwykłe i niestrudzone starania w stworzeniu, przy ograniczonych funduszach, dzieła rzetelnego pod względem wykończenia i jego estetycznej strony, świadczącego o ich głębokiej fachowej wiedzy i doświadczeniu. Dziękuję też p. inż. Meisnerowi za solidne wykonanie budowy, firmie instalacyjnej Irzyk, firmom stolarskim Prugara i Temerowicza, ślusarskiej P. Bętkowskiego, elektrycznej inż. Podsońskiego, kamieniarskiej z robotami alabastrowymi i marmurowymi p. inż. Tyrowicza, firmie lakierniczej Rewuckiego i malarskiej Hynowskiego i wszystkim innym, którzy przyłożyli rąk do wykończenia budowy.

Jest moim a niewątpliwie i wielkiego grona Kolegów życzeniem gorącym, a także Zarządu Izby i Wydziałów Towarzystw, aby ten Dom stał się rzetelnym i zgodnym ogniskiem życia naukowego, zawodowego, społecznego i towarzyskiego lekarzy lwowskich, aby w nim rodziły się i z niego wychodziły szczytne myśli, zamiary i czyny dla dobra naszego zawodu, społeczeństwa, Narodu i Państwa, aby był ozdobą naszego Lwowa, aby, jak głoszą wyryte w jego przedsionku słowa, Dom ten służył Stanowi Lekarskiemu na pomyślność, Nauce polskiej na chwałę, Społeczeństwu na pożytek! *Quod felix, faustum fortunatumque sit!*

Po tym przemówieniu chór akademicki odśpiewał *„Gaude Mater Polonia"*.

Następnie zabrał głos prezes Towarzystwa Lekarzy polskich prof. Rencki:

Lat temu 70 grono podówczas wybitnych lekarzy lwowskich założyło Towarzystwo Lekarskie, a przyświecała im wspólna myśl służenia wiernie nauce lekarskiej, dbania o jej rozwój, a w wykonywaniu zawodu — poszanowania jego godności. Przez pierwsze 8 lat dzielnie przewodniczy Towarzystwu dr Szczęsny Erazm Maciejowski, sztabowy lekarz Wojska Polskiego, odznaczony Złotym Krzyżem Virtuti Militari. Po nim obejmuje prezesurę prof. Alfred Biesiadecki, ówczesny protomedyk Galicji, mąż wielce zasłużony około rozwoju Towarzystwa, którego działalność naukowa objęła obszar całej byłej Galicji. Powstało więc ponad 20 sekcji prowincjonalnych.

W r. 1900 najsilniejsza z nich sekcja lwowska przekształca się w autonomiczne Lwowskie Towarzystwo Lekarskie, które, ściśle nadal związane ze swą macierzą, rządzi się odtąd własnym regulaminem i posiada własne fundusze.

W r. 1909 przyłącza się do Związku lekarzy polskich samodzielne dotąd Towarzystwo lekarskie krakowskie, w ten sposób powstaje jednolite Towarzystwo lekarzy galicyjskich, późniejsze Towarzystwo Lekarzy Polskich b. Galicji, a ostatnio Towarzystwo Lekarzy Polskich z siedzibą we Lwowie. Celem Towarzyst-

wa były rozwój i krzewienie nauk lekarskich, podniesienie godności stanu lekarskiego i obrona jego interesów oraz niesienie pomocy wdowom i sierotom po zmarłych członkach Towarzystwa.

Z chwilą powstania w wolnej Polsce Izb lekarskich — obrona stanu lekarskiego i jego godności przechodzi w ich ręce. Towarzystwu lekarzy polskich pozostały odtąd dwa zadania: rozwój i krzewienie nauki lekarskiej i praca charytatywna. Zadanie pierwsze objęły sekcje naukowe prowincjonalne i oba autonomiczne Towarzystwa lekarskie, krakowskie i lwowskie, a ich dorobek naukowy ogłaszany jest we własnym organie Polskiej Gazecie Lekarskiej, świadczy on chlubnie o pracy i stałym rozwoju tych sekcji i Towarzystw.

Drugie zadanie, tj. pracę charytatywną objęło Towarzystwo Lekarzy Polskich we Lwowie, stanowi ona też główną troskę Rady Zawiadowczej tego Towarzystwa, które, w miarę możności i środków, stara się spełniać wolę wielkodusznych ofiarodawców i nieść pomoc materialną wdowom i sierotom po zmarłych Kolegach, członkach Towarzystwa.

Zapoczątkowany na ten cel dar zasłużonego prezesa Alfreda Biesiadeckiego w kwocie 6.000 zł stał się pięknym i zachęcającym przykładem dla wielu ofiarodawców; wpływały hojne dary od członków Towarzystwa, które stały się podstawą funduszu zapomogowego, wynoszącego ponad $^1/_2$ miliona koron austriackich. Godzi się dzisiaj, w tym dniu jubileuszowym, podnieść z wielkim uznaniem i wdzięcznością pamięć tych szlachetnych ofiarodawców, którzy, odczuwając niedolę ludzką, szczodrze składali swe oszczędności na cele Towarzystwa. Tak powstały fundacje: Biesiadeckiego, Czyżewicza, Krzeczunowicza, Gilewskiego, Krówczyńskiego, Rożańskiego, Gawełkiewicza, Barzyckiego, Łuszczkiewicza, Mahla, Merunowicza, Rosnera, Ściborowskiego, Piątkiewicza, Marsa, Macheka, i wielu innych. Osobno wymienić należy z wielką wdzięcznością i czcią tych wielkodusznych ofiarodawców, którzy za życia wiele sobie odmawiali i celowo oszczędzali, by oddać cały dorobek swego znojnego żywota, setki tysięcy koron liczący, na ulżenie nędzy wdów i sierót po członkach Towarzystwa. Niechaj zostaną złotymi głoskami zapisane nazwiska dwóch ofiarodawców: Władysława Jasińskiego i Alfreda Lukasa.

Niestety — z tej wielkiej fortuny umieszczonej w papierach wartościowych, która niejedną łzę sierocą otarła, pozostała zniszczona dewaluacją powojenną tylko znikoma cząstka. Ale oto z pomocą biednym przychodzi w ostatnich 10 latach dawna fundacja, o której dzisiaj szczególnie wspomnieć należy. Jest to magnacka fundacja Bonifacego i Magdaleny Stillerów, przekazana Towarzystwu aktem darowizny w r. 1882, a stanowiąca majętność Morszyn w powiecie stryjskim położoną, obejmująca rolę, lasy i zdroje wody gorzkiej o wielkim stężeniu i obfitej wydajności. Nie lekarz, a wielki przemysłowiec lwowski i przyjaciel lekarzy, darowuje swą majętność z wyraźnym poleceniem, że po wsze czasy ma być prowadzony w Morszynie zakład kąpielowy, którego dochody mają zasilać fundusz na wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach.

Wojna światowa i w tej fundacji poczyniła znaczne zniszczenia. Rada Zawiadowcza zrazu oddała zakład zdrojowy w dzierżawę, z której małe dochody pozwoliły w znacznym ograniczeniu spieszyć z pomocą potrzebującym. Widząc możliwość podniesienia produkcji przetworów morszyńskich i przyszłość zdrojowiska postanowiła Rada Zawiadowcza, wsparta pomocą koleżeńską, objąć Morszyn we własny zarząd i przystąpić do rozbudowy zdrojowiska. Ujęto wzorowo źródło Bonifacego, udoskonalono wyrób przetworów morszyńskich, jak soli i wody gorzkiej, a naukowe badania w Klinikach i zakładach uniwersyteckich wykazały wielką wartość leczniczą tych przetworów, które nie tylko dorównują, ale nawet przewyższają podobne produkty pozakrajowe. Przetwory morszyńskie zdobyły szybko rynek w Polsce, a od 2 lat zasilają rynki zbytu Ameryki i północnej Afryki. W latach ostatnich przystąpiono do racjonalnej rozbudowy zdrojowiska i zaopatrzenia go we wzorowe urządzenia lecznicze. Z pełnym uznaniem podnieść tu należy bardzo wydatną pomoc Banku Gospodarstwa Krajowego, który udzielił Towarzystwu na korzystnych warunkach milionowej pożyczki i tym samym stał się niejako współtwórcą szybko rozwijającego się zdrojowiska.

Od lat 6 trwa racjonalna rozbudowa Morszyna, która postawiła Morszyn w pierwszym rzędzie polskich zdrojowisk. Próbne wiercenia wykazały wielką wydajność pokładów soli gorzkiej, a należyte ujęcie źródła Bonifacego zapewnia zdrojowisku niewyczerpaną możliwość wyzyskiwania obfitych pokładów solanki.

Przystąpiono do wykonania ogólnego i szczegółowego planu rozbudowy na obszarze 600 ha, który obecnie wykończony, zostanie oddany władzom do zatwierdzenia. Wypracowano plany kanalizacji i rozpoczęto w bieżącym roku wykonywanie kanalizacji. Zbudowano własną elektrownię, której siecią objęto cały zakład zdrojowy, gminę morszyńską i lisowicką. Zbudowano wodociąg wody źródlanej z odległości 4 km dla całego Morszyna. Wprowadzono na całym obszarze zdrojowym gaz z Daszawy, który na własne ryzyko wykonała firma „Polmin", za to jej na tym miejscu należy złożyć szczerą podziękę. Zbudowano wiele łazienek solankowych i borowinowych, które komfortem przewyższają podobne urządzenia pozakrajowe. Zakład wodoleczniczy swymi rozmiarami i urządzeniami może być wzorem dla budowy podobnych zakładów. Urządzono wziewalnie solankowe — ogólną i indywidualne, zainstalowano 3 aparaty do głębokich przeplukiwań jelitowych, we wzorowo nowo urządzonej pijalni stosuje się 5 rozcieńczeń wody morszyńskiej, bądź zimnej, bądź elektrycznie podgrzanej, a w roku bieżącym zbudowano drugą pijalnię ze źródła pod Matką Boską, zawierającą wodę hipotoniczną, o bardzo niskiej mineralizacji dla leczenia schorzeń nerek i dróg moczowych.

Na wykończeniu jest obecnie Dom zdrojowy o 150 pokojach z obszernymi restauracjami i kawiarnią, łazienkami solankowymi, okładami borowinowymi, hydropatią, pracowniami lekarskimi, który ma zapewnić leczenie sanatoryjne i przez sezon zimowy. Urządzenie estetyczne całego parku zakładowego, korty tenisowe, strzelnica i klub towarzyski uzupełniają wzorowe urządzenia zdrojowiskowe. Toteż rozwój Morszyna-Zdroju postępuje w bardzo szybkim tempie, zjednywa sobie uznanie licznych kuracjuszy, których liczba w ubiegłym roku dochodziła 9.000 osób.

Oto krótki przegląd prac Rady Zawiadowczej Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie za ostatnie dziesięciolecie. Ziściły się nadzieje podniesienia rentowności fundacji morszyńskiej, której dochody przy bardzo oszczędnej administracji idą na dalszą rozbudowę Morszyna i na coraz to bardziej wydatne zapomogi dla wdów i sierót po zmarłych członkach Towarzystwa.

Dzisiaj równocześnie obchodzi Lwowskie Towarzystwo Lekarskie swój 60-letni jubileusz pracy naukowej, a obchodzi go w szczególnych i radosnych okolicznościach. Z bieżącym rokiem przeniosło się ono do tego oto nowego i wspaniałego lokalu, który w wielkiej mierze ułatwiać będzie spełnienie jego szczytnych zadań i walnie przyczyni się do jego dalszego rozwoju. Wspólnymi siłami Izby Lekarskiej i Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego powstał ten przybytek, mający stanowić nowy i wygodny teren pracy.

Zbiegają się w tym domu razem zadania i prace, które przyświecały pierwszym organizatorom Towarzystw lekarskich przed 70 i 60 laty. Powstał przybytek, w którym pod jednym dachem ma być kultywowana wiedza lekarska, trwać praca charytatywna, a na straży godności stanu lekarskiego jego etyki i jego dobrego imienia staje Izba Lekarska.

Towarzystwo Lekarzy Polskich z siedzibą we Lwowie, któremu mam zaszczyt przewodniczyć, w podniosłym dniu dzisiejszym szczerze się raduje z powstania tego nowego przybytku i serdecznie dziękuje Izbie lekarskiej i jej zarządowi z prezesem prof. Nowickim za tak życzliwą i koleżeńską pomoc i współpracę.

Lwowskiemu Towarzystwu Lekarskiemu składa macierzyste Towarzystwo Lekarzy Polskich we Lwowie najszczersze życzenia, aby się nadal rozwijało i kwitło ku chlubie nauki polskiej. Niechaj tu na tym terenie wre żarliwa praca, niechaj w szlachetnej emulacji ścierają się poglądy i zapatrywania oparte na rzetelnych podstawach. Niechaj tu zaprawiają się i wzrastają nowe i młode siły, do których przyszłość należy. Kończę życzeniem w tej pracy: „Szczęść Boże"!

Z kolei przemówił prezes Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego doc. dr Sabatowski:

W dziejach Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, obecnie „Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie" mieści się 33 lat dziejów Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Luźne zebrania lekarzy lwowskich datują się już od roku 1862. W ramach statutowego Towarzystwa gromadzi się w grudniu 1867 r. 48 tych lekarzy pod przewodnictwem dr Maciejowskiego, b. lekarza sztabowego W. P. z roku 1831. Posiedzenia odbywają się raz na miesiąc, zaś od roku 1874 dwa razy miesięcznie. Spolszczenie administracji Galicji i autonomia, obejmująca szpitalnictwo i część służby sanitarnej, daje duże pole Towarzystwu Lekarzy Galic., a zwłaszcza lekarzom we Lwowie, jako siedzibie władz, sejmu, największego szpitala i największej gminy autonomicznej. Brak organizacji zawodowej lekarskiej i samopomocowej powoduje, że i te działy pracy kiełkują w Towarzystwie. Dokonany w r. 1877 podział Tow. Lek. Galic. na sekcje wyod-

rębnia autonomiczną sekcję lwowską z własnym przewodniczącym i zarządem. Sekcja opiera się głównie o lekarzy szpitalnych, a poza tym wszczyna zabiegi przez posłów o utworzenie Wydziału lekarskiego przy Uniwersytecie lwowskim, o rozszerzenie i udoskonalenie szpitala lwowskiego i bierze żywy udział w przygotowaniu ustawy o Izbach Lekarskich. Posiedzenia naukowe stają się co raz bogatsze w treść, w miarę rozrastania się szpitala.

W roku 1893 powstaje Izba Lekarska we Lwowie, a w roku 1894 otwiera się Wydział Lekarski Uniwersytetu, w którym 6 członków Towarzystwa obejmuje katedry. Z dalszym, bujnym rozkwitem Sekcji lwowskiej przychodzi w r. 1900 zupełne jej usamodzielnienie i zmiana nazwy na Lwowskie Tow. Lekarskie. Od r. 1906 posiedzenia odbywają się już co tydzień i Towarzystwo stwarza swój własny organ „Lwowski Tygodnik Lekarski". W r. 1908 powstaje w łonie Towarzystwa sekcja oto-laryngologiczna, a w r. 1911 sekcja neurologiczno-psychiatryczna i balneologiczna. Towarzystwo zajmuje się sprawą rozwoju zdrojowisk polskich i wychowania fizycznego. Wybuch wojny przerywa prace Towarzystwa na półtora roku, ale już w grudniu 1915 r. wznawia ono posiedzenia i prowadzi je do lata r. 1918. Ciężkie losy Lwowa od jesieni 1918 r. nie pozwalają na pracę naukową, dopiero w maju 1919 r. zapełnia się sala Towarzystwa lekarzami, przeważnie odzianymi w mundur polski. Obok pracy naukowej bierze Towarzystwo żywy udział w poczynaniach organizacyjnych i ustawodawczych odrodzonej Ojczyzny. Wymienić tu należy ankietę nad zasadami organizacji sanitarnej w Polsce, memoriał w sprawie uruchomienia uzdrowisk polskich, zabiegi o środki na zwalczanie chorób zakaźnych w Małopolsce Wschodniej, prace nad organizacją polskich Izb Lekarskich i polskiego szpitalnictwa, zagadnienie wychowania fizycznego, rozpatrywanie projektów ustaw: przeciwgruźliczej, przeciwwenerycznej, o specjalizacji lekarzy i wiele innych zagadnień. Od r. 1936 Towarzystwo bierze udział w Komitecie Nauk Ścisłych i Stosowanych.

Chcąc jak najwcześniej przyzwyczajać młodych lekarzy do pracy w towarzystwach naukowych wprowadziło Towarzystwo Lekarskie Lwowskie od r. 1935 instytucję członków-hospitantów za znikomą opłatą. Uchwałę tę przyjęli gorąco lekarze, kształcący się w szpitalach i klinikach, a dała ona doskonałe wyniki.

Z wiosną 1937 r. przeniosło się Towarzystwo do nowego, pięknego Domu Lekarskiego, aby w dzień poświęcenia tej nowej siedziby także święcić swój 60-letni jubileusz i rozpocząć dalsze dziesięciolecie swej pracy na pożytek Nauki Polskiej.

Po tych wstępnych przemówieniach nastąpiły przemówienia przedstawicieli, a rozpoczął je imieniem Ministerstwa Opieki Społecznej dr Majewski, następnie prezydent doc. dr Ostrowski, imieniem wojskowości płk. dr Sawicki, imieniem Izb lekarskich prof. Michałowicz, imieniem wydziałów lekarskich Dziekan prof. Walter, imieniem Tow. lek. krakowskiego prof. Oszacki, łódzkiego dr Żytyński, Izby aptekarskiej lwowskiej mgr Ehrbar i inni.

Następnie wśród oklasków prezes Tow. lekarskiego lwowskiego odczytał nazwiska z okazji jubileuszu Towarzystwa mianowanych jego członków honorowych, którymi zostali: prof. Franke ze Lwowa, prof. Januszkiewicz z Wilna, prof. Jurasz z Poznania, prof. Orłowski z Warszawy, prof. Paszkiewicz z Warszawy, dyr. dr Pohorecki ze Lwowa, prof. Sołowij ze Lwowa, prof. Wachholz z Krakowa, dr Zgórski ze Lwowa i prof. Ziembicki ze Lwowa.

Po czym odczytano telegramy i pisma.

Minister Marian Zyndram-Kościałkowski. Jubilatom oraz twórcom Domu Lekarskiego przesyłam serdeczne powinszowania oraz życzenia, aby nowopowstała placówka była ostoją dla wszystkich lekarzy państwa Polskiego w pracy dla chwały i potęgi Rzeczypospolitej.

Podsekretarz Stanu dr Piestrzyński. Towarzystwom Jubilatom i twórcom Domu Lekarskiego we Lwowie przesyłam serdeczne powinszowania, niechaj Towarzystwa i Dom lekarski w dalszym ciągu skupiają wszystkich polskich lekarzy w pracy dla odrodzonej Ojczyzny.

Ksiądz Arcybiskup dr Twardowski.

Naczelnik w Ministerstwie Opieki Społecznej dr Marcin Kacprzak.

Izba Lekarska Warszawska. Prezes prof. Szenajch.

Izba Lekarska Łódzka. Prezes dr Tomaszewski.

Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska.

Izba Lekarska Lubelska. Prezes dr Drożdż.

Izba Lekarska Śląska. Prezes dr Nowak.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Prezes Skłodowski, sekretarz Leśniowski.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Prezes Kapuściński, sekretarz Stojałowski.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Towarzystwo Lekarskie w Łodzi. Prezes Frenkiel, sekretarz Mittelstedt.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. Prezes Jasiński, sekretarz Wiński.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego. Prezes dr Kotarski, sekretarz dr Lipnicki.

Polskie Towarzystwo Balneologiczne. Prezes prof. Tempka.

Delegatura rzeszowska Izby Lekarskiej Lwowskiej. Przewodniczący dr Hinze.

Delegatura kołomyjska Izby Lekarskiej Lwowskiej.

Obwód kołomyjski Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Delegatura brzeżańska Izby Lekarskiej Lwowskiej. Przewodniczący dr Łazorowski.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Stała Delegacja Polskich zjazdów stomatologicznych.

Polski Komitet Narodowy Międzynarodowego Związku dentystycznego.

Komitet Narodowy Sekcji Polskiej Międzynarodowego Związku Stomatologicznego.

Komitet Narodowy Związku Słowiańskich Stomatologów. Prezes prof. Cieszyński.

Prof. dr Stanisław Niemczycki, Lwów.

Zygmunt Rozwadowski, Lwów.

Gen. dr Ignacy Zieliński, Truskawiec.

Doc. dr Henryk Sochański, Lwów.

Dr Lachowicz, Lwów.

Uroczystość zakończył piękny wykład prof. Ziembickiego na temat: *„Vita brevis ars longa i jego autor"*:

Doprowadzenie do skutku tego pięknego dzieła, jakim jest nasz nowy Dom Lekarski we Lwowie, to zasługa zbiorowa. Wiadomo jednak, jak wiele inicjatywy i jak wiele pracy włożyło w to dzieło paru ludzi dobrej woli, biorąc na swe barki przybranie go w kształty realne. Jak dalece myślano o najdrobniejszym szczególe nawet w wyglądzie zewnętrznym budynku, dowodzi okoliczność, że postanowiono dla przyozdobienia go wyzyskać 7 płaszczyzn prostokątnych, biegnących w poziomym szeregu pod oknami I piętra. Pierwotnie zamierzano je pokryć kompozycjami figuralnymi o znaczeniu alegorycznym lub historycznym. Zaszczycony w tej sprawie zapytaniem o wybór odpowiednich motywów, zaproponowałem jednak ze względów technicznych, praktycznych i dydaktycznych, zastąpienie ich napisem. Tak też zdecydowano.

Napis, składający się z 5 zdań dwuwyrazowych, umieszczono na 5 płaszczyznach, dwie pozostałe, tj. pierwsza i ostatnia, zużytkowane zostały na ornamentalne uzupełnienie całości.

Oto treść napisu:

Vita brevis — Ars longa — Occasio praeceps — Experientia fallax — Judicium difficile.

Klasyczna lapidarność składających go maksym, ich głęboka mądrość i zawarta w nich wiekuista prawda, na którą czas nie wywarł żadnego wpływu, to cechy sprawiające, że brzmią one, jak owe przysłowia bezimienne, niewiadomo kiedy i przez kogo po raz pierwszy pomyślane i stąd mądrością narodów się mieniące.

Tu autor jest znany. Ale powiedzieć o nim można, że sam był mądrością swego narodu, jednego z najmędrszych narodów w historii. Był to Hipokrates.

Owych 5 sentencji, to treść pierwszego ze słynnych aforyzmów, które nauka zalicza do ksiąg niewątpliwego hipokratesowego pochodzenia. Jest to ściśle biorąc, pierwsza połowa tego aforyzmu. Druga połowa nie łączy się jednak organicznie z pierwszą i ma charakter zupełnie odmienny.

Ze zrozumiałych względów, a więc przede wszystkim dla większej przystępności, tekst, umieszczony na naszym budynku, podany został w przekładzie łacińskim. Grecki jest następujący:

Ὁ Βίος βραχὺς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξὺς, ἡ δὲ πεῖρα σφαλερὴ, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή.

Niestety, nawet współczesny język klasyczny nie oddaje całkiem wiernie myśli greckiej. Stąd też powstały różnice w przekładach, dokonanych przez różnych autorów, tak starożytnych, jak i późniejszych, a sens, pomimo pozornej jasności, wymaga komentarzy.

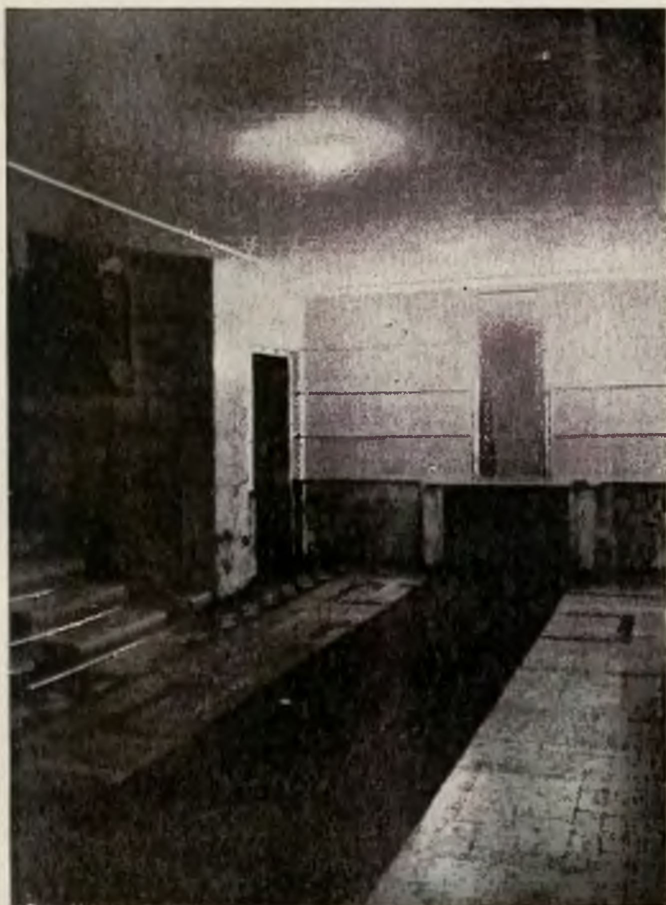
Zdanie pierwsze: *Vita brevis*, w zestawieniu z drugim: *Ars longa*, można pojmować bardzo obszernie. Życie ludzkie w ogóle, nie tylko życie chorego, jest za krótkie, ażeby wystarczyło do stworzenia i opanowania sztuki lekarskiej, kształcącej się



Front budynku.



Fragment fasady i główne wejście.



Hall.



Schody, wiodące do sali i foyer.



Foyer i wejście do biblioteki.



Pokój klubowy.



Sala.



Sala, widok z galerii.

doświadczeniem nie jednostki, ani jednego pokolenia, ale dorobkiem całych wieków; życie ludzkie nie da się utrzymać poza granice naturą wskazane, ale sztuka jest wieczna; inaczej jeszcze wziąwszy, możemy powiedzieć: jeżeli nie umiemy osiągnąć doskonałości czy to w zachowaniu powierzonego nam zdrowia, czy w wyleczeniu człowieka z choroby, to nie mniej musimy dążyć do doskonałości w sztuce lekarskiej i wierzyć, że doskonałość taka, w teorii przynajmniej istnieje. Przypomina nam to nauki młodszego od Hipokratesa tylko o lat 30 Platona, który ideom przyznawał byt rzeczywisty, zaprzeczając go rzeczom widomym.

Occasio praeceps, sposobność jest przemijająca (w niektórych tekstach: ***momentum urgens***) — to prawda, której codziennie jesteśmy świadkami. Zdanie to jest nakazem największej czujności w ocenie *wskazania* lekarskiego. Czyż dziś, w miarę rozwoju specjalności i rozszerzenia naszego zasięgu rozpoznawczego, zdanie to nie jest zrozumialsze jeszcze, niż było wtedy, gdy je wygłaszał Hipokrates?

Experientia fallax — oto punkt sporny aforyzmu. Doświadczenie lekarskie miałożby być zwodnicze, zawodne? Niebezpieczeństwo nieporozumienia tkwi w samym terminie *experientia,* po polsku *doświadczenie.* Bo może on mieć sens dwojaki: doświadczenie jako coś nabytego, podobnie jak niemieckie *Erfahrung,* i doświadczenie jako próba, niemieckie *Versuch.* Podobnie jak w polskim, język francuski na oba pojęcia ma jedno tylko określenie: *l'expérience,* bo wyraz *l'expériment* jest nieznany, pomimo istnienia czasownika: *expérimenter.*

W niektórych tekstach łacińskich znachodzimy w tym miejscu *experimentum periculosum.* Przekłady niemieckie idą chętnie za tą wersją, dlatego przeważa w nich termin *„Versuch".* *(Der Versuch ist nicht ungefährlich, der Versuch ist trügedisch).*

Co miał na myśli Hipokrates mówiąc:

ἡ πεῖρα σφαλερή

bo tak brzmi u niego dane miejsce — trudno rozstrzygnąć. Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie może nas łudzić. Wnikając jednak w intencję całego aforyzmu, nacechowanego przede wszystkim duchem ogromnej ostrożności, — możemy przypuszczać, że mógł on mieć na myśli nie ***eksperyment*** oczywiście, bo w naszym znaczeniu on jeszcze prawie nie istniał, ale robienie *prób* na organiźmie chorego. Tego zdania jest jeden z najnowszych komentatorów, Sack. Idąc za najpoważniejszymi tekstami łacińskimi, zostawiliśmy przecież *experientia,* co nie przeszkadza komentowaniu tego pojęcia w znaczeniu *experimentum.* Jeśli tak jest, a zdaje się to być niewątpliwym, to chodzi tu przede wszystkim o przestrogę w *leczeniu.*

Wszystkich działów sztuki lekarskiej, a więc i leczenia i prognozy i rozpoznania i innych, dotyczy maksyma ostatnia: *judicium difficile.* Ta komentarza nie potrzebuje. Wystarczy skonstatować jedno: minęły wieki, przebrzmiały jedne po drugich szkoły i doktryny, przed obliczem historii przedefilowały tysiączne pokolenia lekarskie, całe stosy papirusów, tabliczek rytych, pergaminów, potem ksiąg drukowanych, legły w pyle zapomnienia, a gdy weźmiemy do ręki dzisiejszy podręcznik, czyż na końcu każdego bez wyjątku rozdziału nie doczytamy się niewidzialnymi czcionkami złożonego zdania: *judicium difficile?* Ba, czyż w miarę pogłębienia wiedzy i nauki lekarskiej wyrokowanie to nie staje się coraz trudniejsze?

Ale myliłby się, ktoby przypuszczał, że słynny aforyzm jest wyrazem wątpliwości albo sceptycyzmu. Przeciwnie. Bo kiedy właśnie za życia Hipokratesa pojawił się nowy kierunek filozoficzny, reprezentowany przez sofistów, wątpiących we wszystko i atakujących także medycynę, Hipokrates wystąpił do walki z nimi i stawił im skutecznie czoło, podobnie jak to uczynił Sokrates na polu filozofii spekulatywnej.

Aforyzm Hipokratesa jest wyrazem absolutnej *przedmiotowości.*

Kimże był, pytamy teraz, ten, kto przed 2400 lat wypowiedział myśli tak samo aktualne, jeśli nie aktualniejsze dziś, jak wówczas, i które już same przez się, gdyby nic innego był nie powiedział, starczyłyby do zapewnienia mu nieśmiertelności?

Cóż to — spytajmy dalej — był za lekarz, z którego spuścizny po tysiącach lat przetrwały w codziennym języku klinicznym tak popularne terminy, jak *Mitra Hippocratis, Succusio Hippocratis, Facies Hippocratica?* Jest-że to dziełem przypadku, że te szczegóły pochodzą z różnych dziedzin medycyny: z chirurgii *(Mitra),* z fizykalnego badania *(Succusio),* z zakresu rokowania *(Facies)?* Ta wszechstronność jestże tylko pozorem?

O życiu Hipokratesa nie ma żadnych pewnych wiadomości. Wiemy tylko tyle, że żył, że w rodzie swym Asklepiadów, stanowiącym z ojca na syna rodzaj zakonu lekarskiego, był Hipokratesem II, że urodził się i działał na wyspie Kos, u wybrzeży Azji Mniejszej, a więc w krainie legendarnej, w krainie bogatej, bo na odwiecznym szlaku handlowym leżącej, w krainie wielkiej kultury, bo tu krzyżowały się najstarsze na świecie cywilizacje, w krainie znakomitych warunków klimatycznych i zdrowotnych, w krainie, gdzie pod wpływem wszystkich tych szczęśliwych warunków zabłysła świetna myśl grecka i narodziła się grecka filozofia.

Tutaj to, w Kos, podobnie jak w innych koloniach greckich, a to na sąsiednim półwyspie w Knidos i jak niegdyś na wybrzeżu północnej Afryki w Kyrene, albo w południowej Italii w Krotonie, — rozwinęła się słynna szkoła lekarska, a Hipokrates stał się jej uosobieniem.

Ale, jak żadne zjawisko na świecie, tak i zjawisko zwane Hipokratesem nie powstało samoistnie.

Na zjawisko to złożyły się wielorakie wpływy, czyniące zeń symbol mądrości lekarskiej.

Do tych wpływów, których ślady możemy odszukać w jego pismach, należy najpierw wiedza lekarska współczesna i dawniejsza, rodzima i obca, zwłaszcza staro-egipska i staroindyjska, jedna i druga o wiele starsze od greckiej.

Należy medycyna kapłanów, zwłaszcza babilońskich i egipskich, uprawiana w świątynach z właściwym sobie ceremoniałem. To prawda, że z czasem wkraczała ona w dziedzinę szarlatanerii i oszustwa, co tak wyszydza Aristofanes. Ale nie wszystko, czego nie rozumiemy, jest podejrzane. Medycyna kapłańska ze słynnym „snem w świątyni" zyskała zupełnie nowe światło dopiero dzięki naukom Freuda, a więc w naszych dopiero czasach, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że kapłani umieli przy pomocy pewnych zabiegów wydobywać z chorego szczegóły, ukryte głęboko w jego podświadomości, znali więc na swój sposób tajniki psychoanalizy i przy ich pomocy osiągali olśniewające wyniki lecznicze.

Dalsze źródło wiedzy Hipokratesa, to grecka filozofia przyrody, z Pytagorasem, lekarzem-filozofem, uwielbiającym liczbę i symetrię; z Demokrytem, mówiącym o atomach i Empedoklesem, rozróżniającym 4 żywioły i przeczuwającym teorię, którą niegdyś zbuduje Darwin.

Korzystał Hipokrates wreszcie z własnego doświadczenia. A to najpierw ze swej praktyki w gimnazjach, poświęconych, jak wiadomo, ćwiczeniom fizycznym i tu poznał różnice w budowie ciała, tu zapoznał się z higieną i dietetyką, tu niewątpliwie nauczył się chirurgii. Reszty nauczyła go obserwacja przy łóżku chorego. Tu między innymi dowiedział się o rozmaitej reakcji chorego organizmu na chorobę i na leczenie, zależnie od *konstytucji.*

Wszystko to Hipokrates uporządkował, przerobił, połączył w jeden wielki system, który stał się podwaliną nowoczesnej medycyny.

Medycynę ściągnął przede wszystkim z obłoków supranaturalistycznych na ziemię i oparł na rozumowaniu. To Hipokratesa *racjonalizm.* Odkrywszy cudowne własności lecznicze samej natury (φύσις) oparł na nich zasady leczenia. To Hipokratesa *fizjatria.* Pojmując tę własność natury jako jej celowość, odrzucił determinizm Demokryta, w jego miejsce wprowadzając pogląd *teleologiczny* czyli *finalistyczny.*

Już z tego przedstawienia wynika, co w medycynie hipokratesowskiej zajęło miejsce naczelne. Było to *leczenie.* Najpierw szło leczenie, potem rokowanie, na dalszym dopiero planie rozpoznanie, w końcu patologia. Porządek po prostu odwrotny, niż w medycynie dzisiejszej.

Spyta nowoczesny lekarz: jak pojąć leczenie bez rozpoznania. Niestety, jest ono możliwe. Przede wszystkim pamiętajmy, — jak to wywodzi Biernacki — że i *rozpoznanie* nie jest jeszcze ku temu podstawą dostateczną. Dopiero *poznanie* choroby równa się znajomości jej przyczyn i jej istoty. *Poznanie* jednak nie musi towarzyszyć *rozpoznaniu.* Rozpoznawano cholerę, zimnicę zanim *poznano* przyczyny tych chorób. Udoskonalenie poznania np. bakteriologiczne, może ze swej strony prowadzić do rozpoznania. Ale jest jeszcze wiele stanów chorobowych, które i dziś tylko *rozpoznajemy,* nie *znając* ich dokładnie. I tu tkwi jedno z niebezpieczeństw, grożących zawsze stanowi lekarskiemu. Tu po części przyczyna powszechnego objawu, że — jak powiedzieć miał Stańczyk — najwięcej jest lekarzy na świecie. Nic dziwnego. Powód ogólnego zainteresowania — to skarb najdroższy, zdrowie. Leczenie zaś istniało, mimo braków w poznaniu chorób. Zrodziło się ono przed nauką, bo razem z chorobami, a dzisiejszy człowiek wzywa lekarza z tych samych powodów, co człowiek pierwotny. Żąda pomocy i pyta o prognozę. Chory, badany przez lekarza, sam pytającym wzrokiem śledzi go i stara się wyczytać w twarzy wyrok korzystny lub niepomyślny. Toteż lekarz grecki, podobnie jak w leczeniu, ćwiczył się w prognostyce, tak dziś zaniedbanej.

Leczenie objawowe, które było początkiem lecznictwa, okazało się niewystarczające, bo gdy w jednych wypadkach okazywało się skuteczne, w drugich zawodziło. Kiedy zaś rozum, skierowany na drogę leczenia przyczynowego, odrzucił dawną wiarę w siły nadprzyrodzone, jako przyczynę chorób — powstało pytanie, jak w takim razie ludzie się chorób pozbywają. Na to pytanie odpowiedział Hipokrates ustaleniem prawa biologicznego, że natura leczy się sama. Lekarz nie magistrem, ale ministrem jest natury.

Logicznie już za tą prawdą poszło największe — jak mówi August Bier — odkrycie, dokonane przez medycynę a wyrażone w zdaniu:

ὠφελεῖν ἢ μὴ βλάπτειν

(Pomóc a przynajmniej nie zaszkodzić). Nakaz ten, spopularyzowany po łacinie i nieco zmodyfikowany w zdaniu:

Primum non nocere

powinien po wieczne czasy widnieć w każdej sali szpitalnej, powinien towarzyszyć lekarzowi, gdy wchodzi w progi człowieka chorego.

Równie jak bez dokładnego rozpoznania, nie mówiąc już o poznaniu choroby, obchodzili się Grecy też bez anatomii. Tu i ówdzie u Hipokratyków były już sekcje zwierząt, na większą skalę wprowadzone dopiero w Aleksandrii, ale na ogół wpływ ich był minimalny. Anatomiczny punkt widzenia nie zgadzał się po prostu ze sposobem myślenia starożytnych lekarzy. Lekarz grecki uniknął tego niebezpieczeństwa, które zagraża naszej medycynie, ażeby widzieć chory *narząd*, zamiast chorego *człowieka*. W tym leży może zasadnicza różnica między medycyną grecką, a medycyną krajów zachodnich — mówi Sigerist.

Leczenie było stosowane w sposób trojaki. Albo przy pomocy środków (farmaceutyka), albo przy pomocy zabiegów ręcznych (chirurgia), albo wreszcie było ono tym co się zwało *δίαιτα* (dieta). Nie była to jednak dieta w dzisiejszym znaczeniu, ale podyktowany przez lekarza zbiór przepisów o zachowaniu się w zdrowiu i w chorobie.

Jeszcze krok i oto *δίαιτα* wprowadza nas w dziedzinę higieny, w której Grecy stworzyli rzeczy wiekopomne. O ile Rzymianie kładli nacisk na higienę publiczną, u Greków do perfekcji doprowadzono higienę osobistą. Mieli oni na oku praktyczne względy w wychowaniu młodzieży: mężczyzn uczynić zdolnymi do obrony kraju, kobiety zdolnymi do macierzyństwa. Rzecz charakterystyczna: podobnie jak u ludów wschodnich, tak i u Greków można w przepisach higieny odkryć pierwiastki religijne, co tak wybitnie widać w szkole pitagorejskiej. Równowagę doskonałą daje w myśl tego dietetyka ciała i duszy. Nauka o zdrowym człowieku szerzona była nie tylko przez lekarzy, ale stała się koniecznością w poglądach na życie. Przez odpowiednie ćwiczenia i przepisy starano się osiągnąć rzeczoną harmonię. Odpowiedni stosunek pracy do odpoczynku, snu do czuwania, jedzenia do postu, pracy fizycznej do umysłowej — to był klucz zdrowia. Harmonijny człowiek jest nie tylko zdrów, ale i piękny. Droga do piękności wiedzie zatem przez zdrowie. Grecy przekazali nam ideał człowieka zdrowego na ciele i na umyśle, co jest przecież najwyższym celem medycyny.

Nie miejsce rozwodzić się szerzej nad wszystkimi działaniami hipokratesowych nauk. Zaznaczam tylko, że i owej patologii ogólnej, która z praktycznych względów nie miała tej wagi co leczenie, lekceważyć nie można. Opierała się ona głównie na nauce o czterech sokach. Czwórka ta w systemie fizjologiczno-patologicznym nie była przypadkowa, ale pozostawała, jak wykazał Howald, pod wpływem nauki Pytagorasa i pitagorejskiej idei symetrii. Równowaga w tej symetrii — to zdrowie. Jej zaburzenie — to choroba. Patologia humoralna, podjęta potem i wypracowana przez Galena, przetrwała $1^1/_2$ tysiąca lat, aby wreszcie ulec nowym teoriom. Wraca przecież tryumfalnie pod inną postacią na porządek dzienny, w nauce o wewnętrznym wydzielaniu i o konstytucji.

* * *

A teraz porównajmy lekarza starożytnego z dzisiejszym.

Postęp nauk lekarskich jest olbrzymi.

Myśl anatomiczna okazała się owocną. Fizyka i chemia przyniosły wielką korzyść medycynie. Odkrycie zarazków chorobotwórczych pomogło w zwalczaniu chorób zakaźnych. Niejedno istnienie, które w starożytności było by zgubione, ratujemy. Nie jedną chorobę udaje się nam skrócić. Przeciętna długość życia zwiększyła się.

„A jednak — mówi Sigerist — jednak nie staliśmy się lepszymi *lekarzami*". Czyżby nauka lekarska zatracała swój główny cel: *leczenie?* Nie. Ale spojrzyjmy:

Pomiędzy lekarzem a chorym zjawił się biurokratyzm pod najrozmaitszą postacią. Pomiędzy lekarza a chorego wcisnął się merkantylizm z przemysłem farmaceutycznym i innymi zjawiskami. Pomiędzy lekarzem a łóżkiem chorego stanęło laboratorium z rosnącymi wciąż wymaganiami. Wszystko to lekarza absorbuje albo go wyręcza, usuwając na drugi plan sztukę, tę sztukę, o której powiedział Hipokrates, że ze wszystkich sztuk jest najszlachetniejsza. A przecież zdarza się, że ona to właśnie tam, gdzie nie wystarczy najuczeńsza rachuba, daje lekarzowi klucz do rozwiązania sytuacji. Nazwano to intuicją. Nie wiem, czy słusznie, ale to pewna, że praca przy chorym, czy to praca rozpoznawcza, czy lecznicza, przypomina proces twórczy, podobny do tego, który towarzyszy dziełom artysty.

Rozpędzone koło historii ani powstrzymane, ani odwrócone być nie może. Nauka postępować będzie i musi. Przyjdzie czas, gdy i *leczenie*, oparte na naukowych podstawach *biologicznych*, przyniesie korzyści, dziś ledwo przeczuwane. Nauka o konstytucji zajmie jedno z naczelnych miejsc w medycynie i zmieni zupełnie nasze poglądy na chorobę i na leczenie. Mimo tego jednak sztuka lekarska zachowa swe prawa, bo jest wieczna. Dwie to wielkie przyjaciółki: nauka i sztuka, podadzą sobie ręce dla dobra cierpiących. Idealnym lekarzem, jak w przeszłości, pozostanie i w przyszłości ten, kto połączy w sobie zdobycze wiedzy z prawidłami sztuki. Nie na ostatnim zaś miejscu położy konieczność utrzymania między sobą a chorym owego nieuchwytnego kontaktu wewnętrznego, duchowego. Kto o tym zapomni, sam na oścież drzwi do chorego otworzy partactwu i znachorstwu. Chory potrzebuje bowiem nie formułki, ale autorytetu, nie wdając się w rozróżnianie, czy autorytet prawdziwy jest, czy fałszywy. Zawsze powtarzać się będą takie sytuacje, w których samo zjawienie się lekarza-przyjaciela, lekarza-ukoiciela, więcej zaważy od wszelkich teoryj. Gdzie nic więcej, jak tylko położenie ręki na ramieniu chorego będzie działać cuda. Jakże pięknie opowiada o tym Axel Munthe, jakże przekonywująco pisze przedwcześnie zgasły Gdańszczanin, dr Erwin Liek. Nie szukajmy daleko: przecież to *chrześcijanizm* przyniósł najdoskonalszą formę pomocy, wyciągając rękę miłosierną nawet do *nieuleczalnego* i pocieszając go w imię Chrystusa.

Grecyzm dał nam nieśmiertelne ideały. Świat grecki dał nam Hipokratesa, ideał lekarza. Dziś więc, kiedyśmy się już nieco otrząsnęli z teoretycznego oszołomienia ubiegłego stulecia, kiedy grunt, pozornie tak niewzruszony, chwiać się poczyna, kiedy teorie uniwersalne leżą w gruzach, kiedy medycyna całego świata szuka nowych dróg i nowego wyjścia, — mimo woli wzrok nasz zwraca się wstecz, w tę stronę, skąd pochodzą owe ideały niezniszczalne.

Ojczyzna nasza posiadała zawsze znakomitych lekarzy o pokroju uniwersalnym, to znaczy łączących w sobie wymagania i nauki i sztuki. Maciej z Miechowa, nazwany był nawet *„Ipokratem polskim"*. Typ lekarza idealnego i dziś, bodaj czy nie jest częstszy w Polsce, niż gdzieindziej. A miasto nasze, Lwów, możemy to z dumą powiedzieć, nie pozostawało i nie pozostaje pod tym względem w tyle. Nowym pokoleniom nie braknie więc wzorów do naśladowania. Przytoczę — bo chwila dzisiejsza tego wymaga — jakby dla przykładu trzy nazwiska, z niezbyt odległej przeszłości, przedstawiające — rzecz szczególna — trzy najważniejsze kierunki lekarskie: deontologiczny, naukowy i społeczny.

Zbiegiem okoliczności akt otwarcia i poświęcenia Domu Lekarskiego schodzi się oto z pewnymi doniosłymi datami z życia naszych najstarszych zrzeszeń lekarskich. W roku bieżącym minie 70 lat od tego czasu, kiedy to lekarze lwowscy stanęli w karnych szeregach, przy boku weterana z 1831 roku, Szczęsnego Maciejowskiego, jako pierwszego prezesa Towarzystwa Lekarzy, zwanego wówczas galicyjskim. Lat 60 mija od tego momentu, kiedy z owej Macierzy wyłoniła się osobna sekcja i jako Lwowskie Towarzystwo Lekarskie rozpoczęła samodzielny żywot pod przewodnictwem jednego z najznakomitszych lekarzy lwowskich, Oskara Widmana. A Izba Lekarska? Kończy ona niebawem 45 lat istnienia a więc już wkrótce będzie obchodziła półwiekowy jubileusz tego dnia, kiedy to uwielbiany przez swoich a podziwiany przez obcych, Józef Rożański zasiadł po raz pierwszy na fotelu jej prezydenta. Maciejowski, — to przedstawiciel ducha społeczno-lekarskiego. Widman, — to przedstawiciel nauki lekarskiej. Rożański, — to przedstawiciel deontologii.

Wymienione zrzeszenia i inne jeszcze, znajdą od dziś pod patronatem naszej najwyższej Magistratury ostoję w tym przybytku. Będzie on miał olbrzymie znaczenie wychowawcze. Stanie się ogniskiem, z którego na cały kraj będą promieniowały zasady etyki lekarskiej, hasła wiedzy lekarskiej, miłosierdzia i ducha społecznego.

Niechże tym wszelkim kierunkom, mającym wszakże najwyższy swój cel w ratowaniu zdrowia i życia, przyświeca dewiza, umieszczona na budynku.

Chwile uroczyste skłaniają do rozpamiętywań. Sądziłem, że dzisiejsza nadaje się do tego, by wskrzesić w pamięci gigantyczną postać *Ojca medycyny* i czoła przed nim uchylić.

BIBLIOGRAFIA.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 29—30. 1937. J. Handzel: Patogeneza i leczenie zmian statycznych kręgosłupa u niemowląt i dzieci wieku szkolnego. — K. L. Meth: Podstawy leczenia balneologicznego schorzeń gośćcowych w zdrojowisku Piszczany. — S. Rawicz: Rozważania kliniczne nad pewnymi grupami schorzeń spotykanymi w Morszynie. — A. Kirszbraun: Kwaśne mieszanki mleczne w dietetyce niemowląt.

Młoda Matka. Nr 15. 1937.

Młoda Matka. Nr 16. 1937.

Wiedza Lekarska. Nr 7. 1937. L. Tochowicz: Klinika i leczenie zawału mięśnia sercowego, z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń. — A. Cymbler: O zastosowaniu bismohydrolu w leczeniu kiły.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 3. 1937.

Wiadomości Statystyczne. Nr 23. 1937.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 8. 1937.

Gruźlica. Nr 4. 1937. E. Piasecka-Zeyland i J. Zeyland: O powstrzymywaniu wzrostu prątków gruźliczych przez ślinę ludzką. — M. Niżigorodcew: Z badań wpływu antygenu Besredki i tuberkuliny na odczyn Biernackiego. — A. Biernacki i D. Aleksandrow: Gruźlicze wysiękowe zapalenie osierdzia. — L. Ptaszek: O gruźlicy wiejskiej na terenie Podbereziec. — A. Krauze: O odmie kompenzującej i skompensowanej.

Lekarz Kolejowy. Nr 2. 1937. St. Makowski: Podstawy organizacji ratownictwa na P. K. P. dla potrzeb obrony przeciwlotniczej. — G. Raciążek: O zakażeniu człowieka różycą świńską. — W. Sitkowski: Z kazuistyki szpiczaka mnogiego. — Br. Stępowski: Gruczoły płciowe żeńskie w systemie narządów o wewnętrznym wydzielaniu. — St. Ł. Kwiatkowski: Wrażenia ze studiów w Austrii, Włoszech i Francji. — Fr. Obarski: Zatrucia ługami żrącymi.

Przegląd Przemysłu Farmaceutycznego. Z. 2. 1937.

OCENY.

Maladie hypertensive et syndromes d'hypertension. A. DUMAS. Masson et Cie. Paryż 1937. Str. 136. Cena 22 fr.

W małym tomie zebrał autor wszystko, co lekarz praktyk o nadciśnieniu wiedzieć powinien i jak się do tego schorzenia ustosunkować. Część doświadczalna i teoretyczna, z wyjątkiem najważniejszych danych, została zupełnie zgodnie z celem książki pominięta. Wyodrębnienie nadciśnienia objawowego i zespołów z nadciśnieniem pozwala na właściwe omówienie nadciśnienia postępującego lub choroby nadciśnienia, jako ściśle odgraniczonej jednostki chorobowej. Nadciśnienie objawowe występuje w niektórych wadach serca, jak niedomoga ujścia tętniczego lewego lub zwężenie żylnego lewego, w schorzeniach tętnicy głównej np. *aortitis luetica*, w przeroście gruczołu krokowego, w przebiegu schorzeń nerek. Zespoły nadciśnienia występują u chorych na cukrzycę, u otyłych, u alkoholików i zmieniają się w zależności od spalania węglowodanów, spadku na wadze, spożycia alkoholu. Z innych zespołów wymienia autor przymiot, chorobę Basedowa, okres przekwitania u kobiet i mężczyzn.

Nadciśnienie przewlekłe postępujące lub choroba nadciśnienia ma w swoim przebiegu 3 główne okresy. Okres nadciśnienia odosobnionego, okres zmian organicznych oraz okres spadku ciśnienia, cechujący się stopniowym zanikaniem sił i napięcia życiowego, opisany już dawniej przez Vaqueza pod nazwą *„cachéxie artérielle"*. W swoim przebiegu choroba nadciśnienia zatrzymać się może na pewnym stopniu rozwoju i dalej nie postępować; ma to duże znaczenie ze względu na rokowanie. Powikłania występują najczęściej przy zmianach organicznych. W tym okresie występują wylewy do mózgu i ostra niedomoga lewej komory. Często, tzw. przez autora nadciśnienie zablokowane *„hypertension bloquée"*, jest powikłaniem śmiertelnym; charakteryzuje się ono gwałtownie narastającym ciśnieniem, wzrostem azotu we krwi, obrzękiem płuc, dusznicą bolesną, migotaniem komór.

Interesująco i przekonywująco napisany jest obszerny rozdział poświęcony rokowaniu. W lecznictwie stara się autor o ile możności uwzględnić czynnik przyczynowy, omawia po kolei środki rozszerzające naczynia, leczenie ogólne oraz najnowsze metody chirurgicznego leczenia nadciśnienia.

Przejrzysty styl, omawianie tylko rzeczy już ustalonych sprawiają, że książkę czyta się z przyjemnością i pożytkiem.

Rawicz (Morszyn).

Analyse Physique des Calcus Urinaires et Biliaires (Badanie fizyczne złogów moczowych i żółciowych). E. PILLET. Masson et Cie. Paryż 1937. Str. 96. Cena 25 fr.

Autor zajmuje się badaniem krystalograficznym kamieni nerkowych i żółciowych i badaniem kryształów spotykanych w osadzie moczu, stosując metody polarymetryczne. Jak wiadomo kryształy posiadają zdolność skręcania światła spolaryzowanego i badane pomiędzy skrzyżowanymi „nikolami" dają punkty zaciemnienia i punkty jasności najwyższej zależnie od ich osi i ustawienia nikolów. Poza tym badane przez płytkę turmalinową dają charakterystyczne figury barwne jedno- lub dwuosiowe zależnie od ich krystalizacji. (Niesymetryczne i klinorombowe mają dwie osie). Te własności kryształów, znane od dawna w mineralogii autor zużytkował przy badaniu osadów moczu, szczególnie kwasu moczowego, szczawianu wapniowego i fosforanów magnezowo-amonowych. Zwrócił przy tym uwagę na ich zdolność przybierania ładunku elektrycznego, który doprowadza do ich wzajemnego przyciągania, czym autor tłumaczy ich skupienie, tworzenie gwiazdek i złogów. Rola ciał organicznych w złogach i kamieniach należycie jest oceniana. Autor podkreśla ich znaczenie w tworzeniu ośrodka kryształów i ich znaczenie jako środka spajającego (nabłonki, krwinki, ciałka białe). W drugiej części autor wskazuje metody, którymi mierzyć można tę zdolność naładowywania sie i stopień naładowywania. Książka pisana jest z wielkim entuzjazmem i opatrzona cytatami myślicieli i filozofów: Pasteura, Cuviera, Taine'a itp. Bardzo piękne i liczne rysunki wyjaśniają treść badań i dają pojęcie o rozmaitości i ważności zjawisk.

W. Moraczewski (Lwów).

Traitement chirurgical de la maladie des Basedov et des goitres toxiques (Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa i wola toksycznego). L. BÉRARD et R. PEYCELON. Masson et Cie. Paris, 1936.

Bérard, klinicysta lyoński, i uczeń jego, Peycelon zajmujący się od wielu lat patogenezą i leczeniem choroby Basedowa, opracowali w formie monografii całe zagadnienie leczenia chirurgicznego tej co raz częściej występującej choroby.

Omawiając patogenezę choroby Basedowa i tzw. woli toksycznych, stoją autorowie na stanowisku, zresztą ogólnie przyjętym, jedności patogenetycznej i klinicznej wszystkich rodzajów nadmiernej czynności tarczycy, uważając, że różnice są tylko ilościowe, i że zasadniczo spotykamy zawsze te same objawy kliniczne i te same zmiany histologiczne.

Logicznie wynika z tego jednolite leczenie wszelkich postaci hipertyreozy, a mianowicie operacja, polegająca na całkowitym lub prawie całkowitym wycięciu powiększonej tarczycy.

Autorowie uważają każdy wypadek choroby Basedowa za nadający się do operacji, jeżeli leczenie jodem i leczenie klimatyczne w krótkim czasie nie daje zadowalającego wyniku. Odrzucają stanowczo leczenie promieniami Roentgena, jako nieskuteczne, a za to stwarzające zmiany w tarczycy, które potem utrudniają operację. Prócz tego sądzą, że przez stratę czasu na leczenie promieniami, choroba może poczynić takie spustoszenia w systemie nerwowo-naczyniowym, iż operacja staje się znacznie niebezpieczniejszą. Ryzyko operacyjne oceniają autorowie przy należytym przygotowaniu chorego na 4—5%, podczas gdy leczenie bezkrwawe daje znacznie wyższy odsetek śmiertelności.

Następuje dokładny opis leczenia przedoperacyjnego, które polega na odosobnieniu chorego i zapewnieniu mu zupełnego spokoju, usunięciu przypuszczalnych przyczyn (kiła, gruźlica), podawaniu leków uspokajających system nerwowy i wzmacniających akcję serca, oraz chininy i jodu w postaci płynu Lugola lub dijodtyrozyny w małych dawkach. Leczenie to, które daje zwykle znakomitą poprawę, nie powinno jednak trwać dłużej

niż 2—3 tygodnie, po czym należy przystąpić do zabiegu. Autorowie operują zawsze w znieczuleniu miejscowym, tylko wyjątkowo stosują uśpienie przez odbytnicę.

Omawiając następnie wszystkie rodzaje zabiegów operacyjnych, sympatektomię, podwiązywanie naczyń tarczycowych, podają autorowie następnie swoją technikę wycięcia prawie całej tarczycy, oraz całkowitej tyreoidektomii. Cały przebieg operacji podany jest nadzwyczaj przejrzyście i objaśniony licznymi, bardzo pięknymi i pouczającymi rycinami.

W dalszym ciągu omawiane są powikłania pooperacyjne i wyniki lecznicze, bezpośrednie i po dłuższym czasie.

Statystyka osobista autorów daje po operacji radykalnej 55% zupełnych wyleczeń, 30% wybitnych polepszeń i 15% zwykłych polepszeń.

W rozdziale o wolach toksycznych dochodzą autorowie do tych samych wyników, operacja radykalna jest jedyną słuszną metodą leczniczą i daje najlepsze wyniki.

W końcu omawiają autorowie wycięcie tarczycy przy ciężkich schorzeniach serca z hipertyreozą. Wyniki są bardzo zachęcające, na 32 operacyj 1 wypadek śmierci w następstwie zabiegu, 3 wypadki śmierci w długi czas po operacji, reszta osiągnęła znakomite polepszenie.

Książka bardzo przekonywująca, ozdobiona przepięknymi rycinami, napisana lekko, przy wielkiej dokładności nie nuży, prócz tego obfituje w liczne praktyczne wskazówki, dotyczące techniki operacyjnej i leczenia po zabiegu.

S. Ruff (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Fizjologia komórki a rak. P. RONDONI. Medycyna. Nr 10. 1937.

Współczesne badania doświadczalne powstawania raka są przede wszystkim związane z zagadnieniem fizjologii komórek, która na podstawie metod biochemicznych i morfologicznych, zwłaszcza komórek hodowanych *in vitro*, może kiedyś ułatwi wykrycie istoty biologicznej złośliwości. Komórka rakowa przedstawia się jako komórka ciężko chora (częste jej uszkodzenia, zwyrodnienia, martwice) i jako taka w hodowli jest bardzo bliska własnego rozpadu i śmierci; to, że w ustroju odznacza się wielką zdolnością rozmnażania, uzależnione jest od innych warunków, jak zmniejszenia napięcia powierzchniowego, zmian powierzchni komórek (przepuszczalność), które mogą sprzyjać, a nawet wywoływać szybszy rozrost komórek nowotworowych.

Sprawa występowania pewnych charakterystycznych znamion morfologicznych w takich komórkach (pod postacią zasadochłonnych tworów przy lub okołojądrowych, czy w kształcie czepka, półksiężyca, czy pierścienia) jest jeszcze ciągle nieustaloną.

Źródłem energii dla komórki nowotworowej jest glikoliza (obfite pochłanianie cukru, znaczne wytwarzanie kwasu mlekowego w warunkach beztlenowych, jak i przy dowozie tlenu — glikoliza z wyboru), chociaż ona może także występować w pewnych warunkach i w komórkach nienowotworowych. Zwolennicy doszukiwania się źródła głodu tlenowego w powstawaniu zmian nowotworowych, odnosili go do gorszego ukrwienia, a więc i do upośledzonego tym samym dowozu tlenu, z czym autor nie godzi się, sądząc, że właśnie wzmożenie procesów utleniania jest podstawowym warunkiem rozwoju nie tylko komórki zdrowej, ale i chorej. Zdaniem autora i glikoliza jest tylko procesem zastępczym, wynikającym z zaburzeń utleniania, układu zaczynowego i koloidalnego komórki, co prowadzi do upośledzenia procesów oddychania. Także doświadczalnie wykazano w tkankach nie wyciętych, a podlegających ciągłym drażnieniom, rzeczywiście znacznie wzmożoną przemianę gazową, tak że nie można przypuszczać obecności w nich ognisk anoksybiotycznych. Opierając się na tej podstawie, można by sądzić, że zjawiska nowotworowe czerpią największą część energii przecież z procesów utleniania. *St. Malczyński* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Ortostatyczne podciśnienie. Leczenie 2 przypadków siarczanem benzeolzyny. P. L. DAVIS i M. SHUMWAY-DAVIS. J. Amer. Med. Assoc. 108. 1247. 1937.

Podciśnienie ortostatyczne jest zaburzeniem układu nerwowego sympatycznego, skurczowego i rozkurczowego. Charakteryzuje się spadkiem ciśnienia ze zmianą pozycji leżącej na stojącą. Brak odruchu ucisku na naczynia i mechanizmu sercowo-przyśpieszającego nie pozwala na utrzymanie odpowiedniego ciśnienia w krążeniu mózgowym, co powoduje nagłe osłabienia i zapad przy zmianie wyżej wspomnianej pozycji. Z innych objawów należy podnieść: brak wybitniejszego przyśpieszenia tętna przy zmianie pozycji, osłabienie lub brak potów, utrata pożądania *(libido)*, bladość, stosunkowy wzrost poziomu mocznika we krwi i obniżona podstawowa przemiana materii.

W 2 przypadkach zażywanie 20 mg siarczanu benzeolzyny na pół godziny przed rannym wstawaniem i 15 mg w czasie południowym, zapobiegało objawom spadku ciśnienia naczyniowego. *Wł. Elmer* (Lwów).

Prostigmina jako metoda pomocnicza w rozpoznawaniu myasthenia gravis. A. M. HARVEY i M. A. WHITEHILL. J. Amer. Med. Assoc. 108. 1329. 1937.

Rozpoznanie *myasthenia gravis* jest niekiedy trudne. Laurent opierając się na wynikach korzystnego bezpośredniego oddziaływania chorych na *myasthenia gravis* na prostigminę, podanych przez J. Walker (1934), polecił stosowanie prostigminy jako metodę w rozpoznawaniu tegoż schorzenia. Autorowie potwierdzili wyniki powyższe na materiale 9 chorych, u których po wstrzyknięciu 1—5 mg prostigminy (Roche) w 10—20 minut po tym wybitnie cofały się objawy patologiczne. Prostigmina stosowana w 14 innych przypadkach zaburzeń neurologicznych i mięśniowych nie dała tego wyniku. Doustne leczenie prostigminą w dawkach do 100—150 mg przez czas dłuższy daje tylko w niektórych przypadkach *myasthenia gravis* dłuższą poprawę kliniczną. Przejściowa poprawa, utrzymująca się niekiedy szereg miesięcy ma polegać na osłabianiu niszczenia acetylcholiny przez prostigminę w układzie nerwowo-mięśniowym *(myoneural junction)*. *Wł. Elmer* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Wpływ płci i płodu na powstawanie zatruć ciążowych. H. GUTHMANN i H. HILDEBRANDT. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 5.

Praca statystyczna, oparta na materiale, obejmującym przeszło 36.000 porodów. Wyniki: 1) płeć męska płodu okazuje wybitny wpływ na zwiększanie się zatruć ciążowych matek, a szczególnie drgawek porodowych, zwłaszcza w kombinacji z następującymi warunkami: a) obfita dieta białkowo-tłuszczowa ciężarnych, b) wyniszczenie organizmu na skutek niedostatecznego odżywiania się a potem nagły nadmiar pokarmów białkowo-tłuszczowych. 2) W ciąży bliźniaczej płeć męska płodów ogromnie podnosi odsetek drgawek porodowych. 3) Matki z ciążą mnogą zapadają na zatrucia ciążowe dwa razy częściej niż jednopłodowe, a na drgawki porodowe nawet trzy razy częściej 4) Ciąża mnoga już bez innych czynników sprzyjających może spowodować zatrucie ciążowe. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie niedomogi jajników wraz z podaniem wyników. W. WIMHÖFER i G. PISSARCZYK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 6.

Leczono 48 kobiet, wykazujących lekkie objawy niedomogi jajników różnymi sposobami. Czas leczenia 3—4 miesiące, czas obserwacji po ukończeniu leczenia dokładnie nie podany. Materiał podzielono na 3 grupy, zależnie od objawów chorobowych. I grupa — bolesne miesiączkowanie bez zmian w cyklu miesiączkowym — 33 przypadki. II grupa — niepłodność na tle niedorozwoju macicy — 10 przypadków (wliczono tu 4 chore grupy poprzedniej), III grupa — krócej lub dłużej trwający brak periodów — 6 przypadków. W każdej z tych grup stosowano trojakiego rodzaju postępowanie lecznicze: 1) czysto zachowawcze, a więc diatermię i zastrzyki folikuliny; 2) czysto operacyjne — rozszerzenie macicy, tamponada jej wnętrza, skrobanka, wreszcie operacja Alexander-Adamsa; 3) zachowawcze i jednocześnie operacyjne połączenie obu rodzajów leczenia. Co do folikuliny, to autor stosował preparat własny, wydobywając hormon z moczu ciężarnych sposobem Zondeka i uzyskiwał od 2.000 do 3.000 j. m. w 1 cm^3. W jednym okresie międzymiesiączkowym wstrzykiwał codziennie po 1 cm^3 wśródmięśniowo, ogółem do 36.000 j. m. w jednym okresie. Stosowanie takiej nieoczyszczonej folikuliny odznacza się pewnymi zaletami — jest tańsze, skutek leczniczy zaś lepszy, niż po użyciu folikuliny krystalicznej. Wyniki: w grupie pierwszej: na 21 przypadków leczonych zachowawczo 6 trwałych wyleczeń (w tym jedna ciąża), u 8 — czasowe polepszenie, 7 — bez wyniku. Na 12 operacyjnych — 6 trwałych wyleczeń (w tym 2 ciąży), u 2 — czasowe polepszenie, 4 — bez wyniku. Na 8 leczonych operacyjnie i zachowawczo — 4 trwałe wyleczenie (w tym jedna ciąża)

1 — czasowe polepszenie, 3 — bez wyniku. W grupie drugiej: na 100 przypadków — w tym 4 ciąży, w 6 bez wyniku. W grupie trzeciej: wynik leczniczy ujemny. Z wyników swoich autor jest zadowolony i kładzie szczególny nacisk na stosowanie małych dawek folikuliny i to nieoczyszczonej. Nie mniejsze znaczenie posiada również i odpowiednio zastosowany zabieg operacyjny.

J. Lenczowski (Lwów).

Nowa metoda leczenia nadżerek i zapaleń błony śluzowej szyjki macicy za pomocą doszyjkowych wstrzykiwań rozczynów soli srebrowych amoniakalnych. L. S. KRITSCHEWSKY i E. WERBATUS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 6.

Na 66 chorych autorzy przekonali się o doskonałych wynikach tego leczenia. Postępowanie: nastrzykanie szyi macicy wzdłuż jej kanału roztworem soli amoniakalnej srebra w rozcieńczeniu 1:20.000 w ilości 3—5 cm³ na każde posiedzenie. Zastrzyki robi się co piąty dzień, maksymalnie 8 razy. Czas leczenia przeciętnie 3 tygodnie. W 95% nastąpiło wyleczenie i to w przypadkach bardzo uporczywych, dotąd bezskutecznie leczonych innymi sposobami.

J. Lenczowski (Lwów).

O niektórych rzadszych postaciach wtórnych zarośnięć i zwężeń kanału rodnego. FRANZ KOWACS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 6.

Zwężające zbliznowacenia kanału rodnego, jako następstwo wygojenia się obrażeń lub owrzodzeń dadzą się podzielić na kilka grup, zależnie od etiologii: 1) wpływy hormonalne, 2) wpływy termiczne i chemiczne, 3) skaleczenia, 4) uszkodzenia promieniami Roentgena i radu, 5) zakażenia, 6) nowotwory, 7) ciała obce. Autor szczegółowo zatrzymuje się nad punktem pierwszym, przytacza kilka rzadkich przypadków oraz wypowiada oryginalne poglądy na rolę hormonów w powstawaniu zwężeń kanału rodnego oraz stwarza interesującą teorię miesiączkowania. W jednym przypadku u kobiety 47-letniej na skutek zasklepienia się ujścia zewnętrznego macicy powstał krwiak szyi macicy. Macicę usunięto operacyjnie. W szyi stwierdzono obecność 30 cm³ krwi o wyglądzie smołowym. W drugim przypadku u 44-letniej kobiety od dwóch lat powstawały liczne głębokie owrzodzenia na skórze ramienia, przedramienia i nóg oraz w pochwie. Owrzodzenia te goiły się bardzo powoli, pozostawiając silnie zniekształcające blizny. Wkrótce po wygojeniu się w jednym miejscu tworzyły się nowe w innej okolicy ciała. Poza tym chora od dwóch lat okazywała silnie zaznaczone objawy wypadnięcia czynności jajników (periody od 21 roku życia ustały ze względu na to, że chora w tym czasie przeszła nadpochwowe odcięcie macicy z pozostawieniem jednego jajnika). Badanie hormonalne wykazało bardzo małą ilość prolanu w moczu — 5 j. m. w litrze. Dopiero po zastosowaniu leczenia hormonalnego — 2 razy po 10.000 j. m. folikuliny z przerwą czterodniową i 2 zastrzyki proginonu po 50.000 j. m., powolnie wygajające się owrzodzenia, 32 dni trwające, w ciągu trzech dni wygoiły się zupełnie, a co ważniejsze nie pozostawiały wyraźniejszych blizn. Wreszcie w trzecim przypadku u 18-letniej dziewczyny, wykazującej zaburzenia miesiączkowe na tle niedomogi jajników (25—40 j. m. folikuliny w litrze moczu), wystąpiły w pochwie owrzodzenia, bardzo trudno gojące się, wywołujące objawy septyczne, wysoce niepokojące. Wszystkie badania pomocnicze nie mogły wyjaśnić tła owrzodzeń. Ze względu na to, że był to pierwszy przypadek tego rodzaju w klinice nie zwrócił autor należytej uwagi na niedobór hormonalny i dlatego nie podawał folikuliny. W przypadku tym w końcu po wygojeniu się owrzodzenia doszło prawie do zupełnego zarośnięcia pochwy. Przypadki te dowodziłyby istnienia wpływu czynności gruczołów wkrewnych na powstawanie owrzodzeń. Autor tłumaczy to w ten sposób, że hormony płciowe utrzymują w należytej sprawności sieć naczyniową. Owrzodzenia więc na tle hormonalnym należało by rozumieć jako miejscowe martwice na skutek zmian naczyniowych. Autor przeprowadza analogię między tymi owrzodzeniami a zwyczajną miesiączką i sądzi, że miesiączka nie jest następstwem przekrwienia błony śluzowej, lecz tworzących się owrzodzeń na tle niedomogi hormonalnej, zresztą charakteru fizjologicznego w tym okresie cyklu miesiączkowego. W miarę narastania folikuliny następuje gojenie się tych owrzodzeń, czyli odrodzenie błony śluzowej macicy. Tworzenie się owrzodzeń w innych niezwykłych miejscach, np. w pochwie jest wyrazem atawizmu, gdyż, jak wiadomo, u niższych zwierząt w miesiączce bierze udział nie tylko macica, lecz również błona śluzowa pochwy. Bardzo możliwe, że w powstawaniu owrzodzeń pewną rolę grają również i witaminy. Autor porusza również i inne momenty etiologiczne w powstawaniu zniekształcających blizn kanału rodnego, a więc uszkodzenia mechaniczne, termiczne, chemiczne itd., i przytacza kilka ciekawszych przypadków, ale i tu wypowiada się za koniecznością stosowania energicznego leczenia hormonalnego (jako leczenia zapobiegającego tworzeniu się zwężających blizn).

J. Lenczowski (Lwów).

Helioterapia w ginekologii. Rola jej w leczeniu nieswoistych spraw zapalnych przydatków. L. M. PIERRA. Soc. Fr. de Gyn Nr 1. 1937.

Autor jest zwolennikiem leczenia nieswoistych spraw zapalnych przydatków macicy słońcem. Na 600 przypadków leczonych w ten sposób, w 72% wyniki były dodatnie. Większość chorych otrzymywała jednocześnie leczenie szczepionką, kąpielami, diatermią itp. Przeciwwskazaniem do tego sposobu leczenia są ostre sprawy zapalne i zmiany w płucach.

H. Newlińska (Lwów).

W sprawie próbnej pracy porodowej. R. SUZOR. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 1. 1937.

Próbą pracy porodowej nazywa autor okres od chwili pęknięcia pęcherza płodowego do rozwiązania operacyjnego o ile przeszkoda porodowa nie została pokonana (próba ujemna) lub, gdy część przodująca wstawiła się do wchodu (próba dodatnia). Okres ten ma na celu dokładną obserwację wszelkich przejawów, tak ze strony płodu, jak i ze strony matki, aby w razie powstania jakiegokolwiek wskazania móc natychmiast działać. Autor nie podziela zdania Brindeau i Brouha, którzy uważają, że postępując w ten sposób można w wielu wypadkach uniknąć cięcia cesarskiego; uważa on natomiast, że zbytnie przedłużanie okresu próbnego może spowodować zakażenie jaja płodowego, co w następstwie może się stać niebezpiecznym dla matki.

H. Newlińska (Lwów).

Leczenie surowicą zakażeń połogowych. G. ECALLE. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 1. 1937.

Na dużym materiale oddziału położniczego w Paryżu, we wszystkich przypadkach zakażeń połogowych stosowano od 4 lat surowicę antistreptokokową prof. Vincenta. Leczenie rozpoczynano, gdy ciepłota ciała przekraczała 39°. Podskórne lub domięśniowe zastrzyki w ilości od 30 do 100 cm³, w zależności od stanu chorej powtarzano aż do zupełnego spadku ciepłoty; w cięższych przypadkach równocześnie stosowano przetoczenie krwi (200—400 cm³). Pod wpływem tego leczenia śmiertelność spadła z 2—‰ do 0,4‰. Ujemną stroną jest częste występowanie reakcji posurowiczej oraz wysoka cena surowicy.

H. Newlińska (Lwów).

Złamanie kości miednicy i wpływ tego na przebieg porodu. P. GOUIN. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 1. 1937.

Autor rozróżnia dwojakiego rodzaju złamania kości miednicy: 1) dotyczą poszczególnych kości, co nie ma większego wpływu na kształt miednicy, 2) złamanie kilku kości, w następstwie czego powstaje miednica asymetryczna. To ostatnie może nastąpić wskutek przemieszczenia odcinków złamanych kości lub też wskutek wytworzenia się zbyt dużego *callus*, rozwijającego się w kierunku kanału miednicy. Postępowanie podczas porodu wobec takich miednic będzie zależało od wyników badań klinicznych i rentgenologicznych. W razie trudności w wstawianiu się części przodującej należy bezwzględnie wykonać cięcie cesarskie. Autor opisuje 7 przypadków dotyczących osób, które uległy rozmaitym wypadkom, przeważnie automobilowym, w następstwie których pozostały zmiany w kościach miednicy. Dwie urodziły siłami natury, w trzech przypadkach wykonano cięcie cesarskie, w jednym założono kleszcze — dziecko nieżywe. Autor zwraca uwagę, że w podobnych przypadkach nie należy czekać zbyt długo z wykonaniem cięcia, gdyż pomimo, iż główka wstawia się do wchodu miednicy, poród może nie postępować wskutek ścieśnienia na wychodzie.

H. Newlińska (Lwów).

Okrężny szew moczowodowy i jego następstwa. E. WILDBOLZ. Zeitschr. f. urol. Chir. u. Gynäkol. T. 42. Z. 1—2. 1936

Autor powołując się na pracę Mariona, który zgodnie z licznymi chirurgami bardzo sceptycznie zapatruje się na skuteczność szwu okrężnego przeciętego moczowodu, wykonał cały szereg doświadczeń u psów, u których przecinał moczowód poniżej miedniczki lub w połowie jego długości, po czym zakładał szew okrężny według techniki Mariona. U 5 psów po 2 latach, a więc po dostatecznie długim czasie do wygojenia, autor nie stwierdzał żadnych istotnych zmian ani w zakresie miedniczki, ani w obrębie nerki. Jedynie u wszystkich zwierząt moczowód

powyżej przecięcia był mniej lub więcej rozszerzony, ściany jego, jak i miedniczki nieco zgrubiałe wskutek przerostu mięśniówki, która nie dopuszczała do dalszego rozszerzania i zapobiegała wodonerczu. W tych przypadkach miarą dobrego wyniku było przede wszystkim dobre wydzielanie ciał kontrastowych. Mniejsze lub większe zaburzenia w wydzielaniu indygokarminu przez nerki nie było — zdaniem autora — wyrazem upośledzonej ich czynności, a tylko wskutek pewnego rozszerzenia miedniczki i moczowodu, co prowadziło do rozcieńczenia barwika. Na podstawie badań autor dochodzi do wniosku, że szew okrężny moczowodu nie zawsze musi prowadzić do wodonercza, zwłaszcza, jeżeli odpowiednio założony nie łączy się z następowym zwężeniem moczowodu. *St. Malczyński* (Lwów).

O chirurgicznej sterylizacji kobiet. L. DARTIGUES et P. ULRICH. Soc. Fr. de Gyn. Nr 2. 1937.

Jedynym pewnym zabiegiem na trąbkach, uniemożliwiającym zajście w ciążę jest całkowite usunięcie jajowodów wraz z częścią rogu macicy. Ponieważ jednak zabieg ten jest dość skomplikowany, autorzy radzą poprzestawać na wycięciu części trąbki i wszczepianiu przeciętych końców w pewnej odległości od siebie pod otrzewną. Postępowanie takie ma tę przewagę, że w razie potrzeby końce trąbki mogą być znowu złączone. Na zakończenie autor omawia pokrótce wskazania do sterylizacji. *H. Newlińska* (Lwów).

Tyłopochylenia macicy. E. DOUAY. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 2. 1937.

Autor omawia bardzo szczegółowo tyłopochylenie macicy, przyczyny, objawy oraz leczenie zachowawcze i operacyjne. Zwraca uwagę, że bóle mogą być nie tylko z powodu tyłopochylenia macicy, lecz i z powodu innych zmian, jak np. zmiany w przydatkach, bóle miesiączkowe na tle zwężenia ujścia, spraw zapalnych w błonie śluzowej macicy itp. Dlatego we wszystkich przypadkach, gdzie nie można dokładnie ustalić przyczyny bólów, należy na pewien czas założyć kółko: w razie sprawy nieskomplikowanej bóle ustaną; wystarczy wtedy zabieg operacyjny, polegający na skróceniu wiązadeł. O ile bóle się utrzymują wskazany jest inny zabieg, zależny od danej sprawy chorobowej.
H. Newlińska (Lwów).

Przerzuty przy raku szyi macicy. E. CURTILLET. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 4. 1937.

Przerzuty w ogóle są częste, ze względu jednak na nieznaczne objawy rzadko zwraca się na nie uwagę. Mogą one się przenosić wzdłuż naczyń drogą wsteczną (przerzuty do sromu i pochwy) lub wraz z prądem krwi. Leczenie promieniami Roentgena i radu nie daje w ogóle dobrych wyników.
H. Newlińska (Lwów).

Nawroty w przypadkach raka szyi macicy. R. DIEULAFÉ. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr 4. 1937.

Na podstawie własnych spostrzeżeń i przypadków zebranych z piśmiennictwa autor omawia z punktu widzenia anatomo-patologicznego, klinicznego i leczniczego sprawę nawrotów raka po leczeniu energią promieniotwórczą i po operacjach. Według autora w 12% otrzymano trwałe wyleczenie, gdyż leczenie rozpoczęto wcześnie, a więc w dobrych warunkach. W pozostałych przypadkach otrzymano dużą poprawę.
H. Newlińska (Lwów).

Rak szyi macicy. Wyleczenie po operacji wykonanej w trzy lata po naświetlaniu radem. E. DOUAY. Soc. Fr. de Gyn. Nr 3. 1937.

Przypadek dotyczy osoby, u której w trzy lata po naświetlaniu radem i pozornej poprawie wystąpiło pogorszenie. Wykonano wtedy całkowite wycięcie macicy. Chora pozostaje pod stałą kontrolą już 5 lat i nawrotów nie stwierdzono. Autor zwraca uwagę na trudności, jakie nastręczają podczas operacji przypadki naświetlane poprzednio, tak z powodu zbliznowacenia tkanek, jak i gorszych warunków dla gojenia się.
H. Newlińska (Lwów).

Ciała hamujące fermentację we krwi. II doniesienie. H. MOMMSEN i H. THYSSEN. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 5.

Za pomocą metody Eulera i Nielsona, o technice której autorzy dokładnie pisali poprzednio (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* T. 101. Z. 3—4), przeprowadzili autorzy badania wpływu krwi miesiączkowej oraz krwi pobranej z żyły kobiet na fermentację drożdżową cukru gronowego. Okazało się, że krew kobiet miesiączkujących zawiera ciała hamujące fermentację w różnym stężeniu, zależnie od dnia cyklu jajnikowego. Najwięcej tych ciał znaleziono tuż przed periodem, z nastaniem którego zaznacza się nagły spadek tak, że w połowie okresu międzymiesiączkowego we krwi pobranej z żyły, ciał hamujących nie można już wykryć. We krwi miesiączkowej na ogół ciał tych jest więcej, niż we krwi żylnej. Pierwszego dnia stężenie tych ciał jest największe, później stopniowo maleje. Folikulina, a w mniejszym stopniu tyroksyna i guanidyna wywierają wpływ przyśpieszający. Hormony gonadotropowe przysadki mózgowej, cholina i acetylcholina nie okazują najmniejszego wpływu na proces fermentacyjny. Staruszki nie posiadają we krwi ciał, hamujących fermentację drożdżową. Autorzy sądzą, że w ten sposób udało się im wykazać we krwi miesiączkowej i we krwi żylnej kobiet ciała, które można było by nazwać jadami miesiączkowymi.
J. Lenczowski (Lwów).

Znaczenie objawów Piscazeka i Hegara w rozpoznawaniu wczesnej ciąży. M. A. CHARITONOW i L. S. KRITSCHEWSKY. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 5.

Dokładne śledzenie wczesnych objawów ciąży u 958 kobiet ciężarnych do trzeciego miesiąca ciąży pozwoliło autorom na ustalenie następującego stosunku objawów Piscazeka i Hegara względem siebie. 1) Do szóstego tygodnia ciąży jedynym objawem jest objaw Piscazeka, który wykazać można w 91,2% przypadków. Od tego czasu aż do trzeciego miesiąca występuje objaw Hegara, który daje się wykazać w 75%, podczas gdy objaw Piscazeka występuje w 25% w tym okresie. 2) Obydwa objawy nierzadko przechodzą jeden w drugi i mogą pojawiać się jednocześnie. 3) Wybadanie powiększonego jajnika, zawierającego ciałko żółte, stanowi ważne uzupełnienie dwóch wyżej wymienionych objawów. 4) Wszystkie te objawy mogą oddać duże usługi w praktyce przy należytym wyszkoleniu i dokładnym badaniu. *J. Lenczowski* (Lwów).

Zastosowanie przetaczania krwi w zakażeniach porodowych i poronieniowych. J. ERBSLÖH. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

W 75 przypadkach zakażeń połogowych stosowano przetaczanie krwi z wynikiem 36% śmiertelności. Posługiwano się metodą pośrednią z dodatkiem cytrynianu sodowego. Stosunkowo niekorzystne wyniki każą szukać nowych dróg w zwalczaniu tego cierpienia. Szczególnie korzystne wyniki powinno się uzyskać po przetoczeniu krwi od osoby, która zwycięsko przeszła zakażenie połogowe. Dowodzi tego jeden ciężki przypadek autora. Niestety, ze względów technicznych, krew taka nie zawsze znajduje się do dyspozycji lekarza. I dlatego nie należy ustawać nad usilnym poszukiwaniem coraz to lepszych środków służących do opanowania tego strasznego powikłania połogowego.
J. Lenczowski (Lwów).

Badania rozmieszczenia minerałów w jajnikach króliczych dziecięcych, dorosłych i jajeczkujących. HELLMUTH WINKLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 101. Z. 3—4.

Posługując się skomplikowaną metodą spalania cienkich przekrojów jajników króliczych w różnych fazach rozwoju i wybiórczym barwieniem na różne minerały, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) preparat niebarwiony: w jajnikach niedorozwiniętych ogólna zawartość w warstwie korowej i miąższu jest na ogół jednakowa i ostrej granicy przeprowadzić się nie da. Jajnik dojrzały zawiera minerały przede wszystkim w warstwie korowej, a szczególnie w rosnących pęcherzykach Graafa, podczas gdy warstwa miąższowa prawie wolna jest od składników mineralnych. W pęcherzykach stwierdzić je można nie tylko w komórkach ziarnistych, ale i w otoczce przeźroczystej, w komórkach otoczki wewnętrznej i zewnętrznej oraz w samym jaju. 2) Barwienie na wapń nie wykazuje wybitniejszej różnicy w porównaniu z preparatami niebarwionymi. 3) Barwienie na magnez: szczególnie dużo znajduje się tego minerału w nabłonku zarodkowym jajników niedojrzałych. Podścielisko posiada zaledwie dostrzegalne ślady, komórki ziarniste zawierają dużo, otoczka pęcherzyków jest pozbawiona magnezu. Jajnik zwierzęcia dorosłego i jajeczkujący zawiera magnez i w podścielisku, aczkolwiek i tu najwięcej znaleźć go można w błonie ziarnistej. Magnez znajduje się w postaci rozpuszczalnej, co ułatwia szybszy transport do jaja. Autor sądzi, że minerał ten wywiera niepośredni wpływ na dojrzewanie komórki jajowej. 4) Sole fosforowe znajdują się przede wszystkim dookoła pęcherzyków, ale i komórki ziarniste posiadają dużo fosforu. Sole te również rozpuszczają się w wodzie. 5) Żelaza w jajnikach dziecięcych i dojrzałych autor nie znalazł. Spotkać je można tylko w pęcherzykach Graafa pękniętych i to nie tylko w wylanej krwi, ale i w komórkach błony ziarnistej. *J. Lenczowski* (Lwów).

Oliwa perkainowa w proktologii. S. d'AVILA. Brasil-Medico. R. 50. Nr 47. Str. 1031. 1936.

Autor stosuje w proktologii środki znieczulające w roztworze oleistym według przepisu Gabriela. Spośród wielu środków znieczulających oddaje pierwszeństwo perkainie. Oliwa perkainowa stosowana jest do znieczulenia nasiękowego w bolesnych skurczach zwieracza odbytu, owrzodzeniach i guzkach krwawnicowych, świądzie odbytu, a szczególnie dla uniknięcia pooperacyjnych bólów po zabiegach dokonanych ambulatoryjnie na odbycie i odbytnicy. *W. Kurowski* (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna.

Abstynencja czy umiarkowanie. J. SZYMAŃSKI. Trzeźwość. Nr 12. 1936.

Autor, redaktor „Trzeźwości" i znany od wielu lat działacz na polu walki z alkoholizmem, wypowiada na Kursie Alkohologii urządzonym w Państw. Szkole Higieny w Warszawie w grudniu ub. roku szereg cennych uwag, z których wynika niezbicie, że w walce z alkoholizmem nie można używać półśrodka, jakim jest picie alkoholu umiarkowane, lecz, że należy wszelkimi siłami i środkami dążyć do zastosowania całkowitej abstynencji alkoholowej i to przede wszystkim u siebie, a następnie u swego otoczenia, u innych. Skutki alkoholizmu, czy to pod postacią pijaństwa, czy też alkoholizmu umiarkowanego są okropne i to tak pod względem moralnym, jak i materialnym. Od chwili odzyskania niepodległości, naród polski i społeczeństwo Rzplitej Polskiej zapłaciło za same tylko napoje alkoholowe haracz w pieniądzach efektywnych, wynoszący około 25 miliardów złotych. Równocześnie z obliczeń statystycznych wiemy, że na ziemiach polskich odżywia się dostatecznie tylko 19% ludności. *Zdz. Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 28 października 1936 r.

1. Kol. A. Kacenelson: *„O nowotworach przerzutowych mózgu".* (Praca ukaże się w druku).

Dyskusja. Kol. Frenkiel. W omawianych nowotworach nie występuje kacheksja, co utrudnia rozpoznanie; próba na opadanie krwinek nie wykazuje skrócenia. Przejściowe pogorszenie po naświetlaniu promieniami Roentgena tłumaczy sobie toksycznym działaniem rozpadających się nowotworów.

Kol. Ściesiński. Pierwotnym ogniskiem bywa zwykle nie rak płucny, ale rak oskrzelowy, umiejscowiony w drobnych oskrzelach, najczęściej w okolicy wnęki; rozmiary nowotworu bywają zwykle małe, dlatego też rozpoznanie jego przedstawia duże trudności. Brak wyniszczenia tłumaczy sobie tym, że nowotwory te nie mają wpływu na narządy odżywiania. Spostrzegał również przerzuty do mózgu po nowotworach gałki ocznej i nadnerczy.

Kol. Winter O. obserwuje obecnie chorego z nowotworem płuc i przerzutami do mózgu, opadanie krwinek jest u niego zwolnione.

Kol. Kocen podkreślił wartość określania retikulocytów w rozpoznawaniu tych przypadków.

Kol. Lewenfisz. Obecnie częściej obserwuje się nowotwory płuc może dlatego, że dzięki ulepszonej technice rentgenoskopii płuc częściej się je rozpoznaje. Rentgenoterapia zawodzi może dlatego, że brak jest dokładnego umiejscowienia.

Kol. Klozenberg. Objawy oponowe występują czasami przy nowotworach kąta mózgowo-mostowego.

Kol. Dzierżyński. Najważniejszymi w rozpoznawaniu przerzutów nowotworowych mózgu są objawy neurologiczne i psychiczne, przy odpowiednim ich zużytkowaniu można zawsze dojść do prawidłowego rozpoznania, badania pracowniane uważać należy tylko za pomocnicze.

Kol. Kacenelson. Objawy oponowe spowodowane bywają toksycznym działaniem nowotworów.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

Protokół posiedzenia w dniu 4 listopada 1936 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Nadlowa *przedstawiła 10-letniego chłopca, który przeszedł bardzo ciężką postać tężca z powikłaniem w postaci ropnego zapalenia opon mózgowych;* chorego przedstawia ze względu na wynik leczniczy oraz ze względu na rzadkość wspomnianego powikłania.

Chłopiec spadł na odłamki szkła; po 12 dniach został przywieziony do szpitala w stanie ciężkim ze szczękościskiem z *risus sardonicus.* Zastosowano surowicę swoistą dożylnie, do kanału rdzeniowego i podskórnie; poza tym wodnik chloralu, luminal, siarczan magnezowy.

Po dwóch zastrzykiwaniach do kanału rdzeniowego wystąpiły objawy oponowe, jak sztywność karku, objaw Kerniga. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, stwierdzono w nim dodatnie odczyny globulinowe i wybitną pleocytozę; posiew płynu dał wyniki ujemne. W dalszym ciągu płyn miał charakter zapalny, zawsze pozostawał jałowy. Po czwartym nakłuciu: pleocytoza mniejsza (120 ciałek w 1 mm³), objawy oponowe i tężcowe ustąpiły. Podobne zapalenie opon spotyka się przy wlewaniach neosalwarsanu do kanału rdzeniowego.

Przypadki takie (5 chorych) opisali Frenkiel i Leyberg; przyczyną jest prawdopodobnie zawartość karbolu w surowicy.

W dyskusji: Kol. Kunig. Jałowe zapalenie ropne nie jest rzeczą rzadką; nie jest ono przeciwwskazaniem do dalszego stosowania leczenia.

Kol. Lewenfisz. W Paryżu stosuje się umyślnie środki w celu otrzymania jałowego ropnego zapalenia opon, następnie stosuje się leczenie swoiste.

Kol. Frenkiel. Dreyfus i Generich spostrzegali podobne przypadki i mieli nawet przypadki śmiertelne, ale możliwe, że śmierć następowała z powodu choroby podstawowej; sądzili z początku, że jest to zapalenie meningokokowe, nie wykryto jednak w płynie meningokoków. Określenie podane przez Frenkla i Leyberga — *meningitis purulenta aseptica* przyjęło się w nauce; nie jest jeszcze rozstrzygnięte, co wywołuje to zapalenie, czy karbol, czy sól, czy białko surowicze. Przypadki te nie przedstawiają niebezpieczeństwa.

Przedstawiony przypadek rzeczywiście zasługuje na uwagę, był bowiem bardzo ciężki, w 12 dni po zakażeniu wystąpiły objawy bardzo ciężkiego tężca i dzięki złożonemu leczeniu za pomocą dużych dawek surowicy i siarczanu magnezowego zakończył się w ciągu 15 dni wyleczeniem. W piśmiennictwie spotyka się przypadki zgonów wskutek porażenia ośrodka oddechowego po siarczanie magnezowym podawanym śródlędźwiowo.

Kol. Załęski. Nie można nazywać ropy, w której nie stwierdzono obecności drobnoustrojów aseptyczną; możliwe jest, że bakterie w niej się znajdują, tylko nie umiemy ich wyhodować. W przypadkach posalwarsanowych widziano również *herpes;* możliwe więc jest, że istniały bakterie, które wywołały zapalenie opon i *herpes.*

2. Kol. H. Makower *wygłosił odczyt pt.: „Z nowszych zagadnień powstawania, rozpoznawania i leczenia raka".*

Prelegent stwierdził na wstępie duże braki we współczesnej nauce o powstawaniu nowotworów złośliwych, spowodowane zasadniczą nieznajomością przyczyn, od których zależny jest normalny, „altruistyczny", zależny od sąsiedztwa i całości ustroju wzrost komórek i tkanek prawidłowych, przez pomieszanie przyczyn wzrostu nowotworowego i jego skutków lub współtowarzyszących zjawisk, dzięki błędom technicznym (jak np. w pracach v. Brehmera nad *Siphonospora polymorpha* — jeszcze jednym „pasożytem, wywołującym raka" — i alkalozą), a nawet przez wygłaszanie poglądów zupełnie dziwnych, jak np. teorii Niewiadomskiego o pasożytniczej naturze samych komórek rakowych, które mają należeć do *sporozoa,* rozmnażać się przez zarodniki itd. Coraz większą uwagę zwraca się ostatnio na dziedziczenie usposobienia do powstawania raka, na co wskazują pewne doświadczenia genetyczne Morgana, występowanie zupełnie podobnych nowotworów w tym samym czasie u bliźniaków jednojajowych, występowanie rodzinne guzów, wreszcie wyhodowanie ras mysich czystych, o określonej częstości występowania nowotworów samoistnych, które to cechy dziedziczą się na podstawie praw Mendla (Maud Slye). W związku z dziedziczeniem wysuwa się ostatnio teoria powstawania raka jako mutacji somatycznej (np. Lockhardt Mummery), która jednak nie tłumaczy istoty powstawania zmiany komórki normalnej na rakową, przesuwa tylko zagadnienie — jak zresztą i wiele innych teoryj powstawania raka — z jednego szczebla na inny. Cech cytologicznych, swoistych dla komórki rakowej, mimo prób w tym kierunku (np. Mac Carty, Koch, Lifschitz), dotychczas nie udało się z pewnością stwierdzić. Duże postępy uczyniono w dziedzinie badań czynników rakotwórczych. Z czynników promienistych wpływ promieni kosmicznych nie znalazł potwierdzenia, ważne natomiast okazały się badania Roffo nad wywołaniem nowo-

tworów złośliwych za pomocą promieni pozafiołkowych i związek ich z nadmiernym gromadzeniem się cholesteryny. Własne promieniowanie pozafiołkowe ustroju, tzw. promieniowanie mitogenetyczne Gurwicza, działające wzmagająco na rozmnażanie się komórek, wykazuje interesujące cechy, odmienne u osobników rakowych i w tkance rakowej, które być może uda się wyzyskać do celów rozpoznawczych; rola tego promieniowania w wywoływaniu raka nie jest jeszcze dotychczas zbadana. Działanie chemicznych czynników rakotwórczych jest ważne ze względu na choroby zawodowe, przez nie wywoływane; tu zwrócił prelegent największą uwagę na *„mulespiners cancer"*, raka tkaczy, częstego w Manchesterze, wywoływanego przez używane tam smary i zapytał obecnych, czy wiedzą może o występowaniu podobnej choroby zawodowej w Łodzi. Sprawa ta jest ważna jeszcze i z powodu tego, że w Anglii uczyniono skuteczne próby zapobiegania tej chorobie zawodowej. W dziedzinie guzów smołowych (u nas dokładnie zbadanych przez prof. Ciechanowskiego i dra Ściesińskiego) największym postępem czasów ostatnich było wykrycie węglowodorów rakotwórczych przez szkołę londyńską (Cook, Kennaway, Dodds i in.) oraz zsyntetyzowanie ich części; dalej wykrycie pokrewieństwa między nimi a hormonami płciowymi oraz Spemannowskim organizatorem i pewnymi pochodnymi barwików żółciowych. Oestryna okazała się w doświadczeniach Loeba czynnikiem aktywującym powstawanie samoistnych nowotworów sutka u usposobionych do tego dziedzicznie myszek; Lacassasnowi udało się wywołać za pomocą oestryny guzy sutka u samców, u których samoistnie one nie występują. Co do czynników żywych, to nie ulega wątpliwości działanie *bact. tumefaciens* w powstawaniu raka roślin. Przesączalny jad rakotwórczy, którego natury nie znamy, został znaleziony nie tylko u ptaków, ale i u ssaków (przesączalny czynnik Shope'a wywołujący brodawczaki u królików). Dużo badań poświęcono wpływowi przemiany materii na powstawanie raka, zwłaszcza w związku z hormonami, witaminami i działalnością układu siateczkowo-śródbłonkowego.

W dziedzinie rozpoznawania główne wysiłki robione były w kierunku wynalezienia dostatecznie swoistych i czułych prób serologicznych. Z nowszych prób nieswoistych próby Bendiena i Arona nie wytrzymały próby czasu. Prosta, ale za mało czuła jest próba Roffo. Z prób swoistych wydzielić należy grupę podobną do prób kiłowych (Hirszfelda, Lehmann-Faciusa) i grupę prób litycznych (Fuchsa z rozpuszczaniem fibryny, Freunda i Kaminer z rozpuszczaniem komórek rakowych ludzkich). Wydaje się, że tu właśnie jest droga do wypracowania właściwej próby serologicznej na raka. Jako udoskonalenie uważa Klein zastosowanie komórek raka zwierzęcego; podobnie dobre wyniki z komórkami raka mysiego mieli Flaszen i Wachtel w Krakowie. Freund opracował zresztą cały system rozpoznawania raka, gdzie poza badaniem surowicy w kierunku rozpuszczania bada się jej własności zlepne w stosunku do „rakowych" szczepów prątka okrężnicy, wyodrębnia się je z kału, bada się w swoisty sposób mocz itd.

W dziedzinie leczenia omówione zostały głównie metody, stosowane przez Freunda w Pearson-Stiftung i spostrzegane przez prelegenta podczas jego bytności w Wiedniu. Ponieważ według poglądów Freunda głównym warunkiem powstawania raka jest obecność „dzikiego" szczepu tzw. *„Ca-Coli"* w jelicie, który przez sprawy fermentacyjne powoduje powstawanie ciał działających rakotwórczo przy istnieniu miejscowego usposobienia tkankowego (tzw. *„Ca-kwas")*, zadaniem leczenia jest stosowanie takiej diety, przy której *Ca-Coli* nie ma warunków rozwoju i nie może wytwarzać *Ca-kwasu*. Głównymi składnikami tej diety są białka, następnie jarzyny i owoce. Węglowodany są bardzo ograniczone, tłuszcze zwierzęce zupełnie usunięte, z tłuszczów w ogóle dozwolona jest tylko oliwa. Następnym czynnikiem leczniczym jest stosowanie mentolu i olejków eterycznych doustnie i w lewatywach celem odkażenia jelita. W okresie próbnym jest stosowanie wstrzykiwań ciał rozpuszczających komórki rakowe, uzyskiwanych z narządów zdrowych zwierząt lub z moczu. Na oddziale Freunda uderza brak wyniszczenia u chorych, a często nawet rodzaj euforii; bóle szybko mijają, na oddziale prawie zupełnie nie stosuje się środków narkotycznych i to przeważnie tylko na początku leczenia. Bez względu na stosunek do poglądów teoretycznych Freunda, które wydają się dość rewolucyjne, metody jego zaczynają znajdować oddźwięk we Wiedniu, a również na terenie międzynarodowym. (Autoreferat).

Dyskusja. Kol. Lewenfisz. Prelegent nie wspomniał w odczycie o tzw. czynniku gotowości — *Krebsbereitschaft*. Rak skóry spostrzega się na miejscach odsłoniętych. Rak tkaczy w Łodzi nie zdarza się. Co do bezbólowej metody Freunda, to wydaje się ona nieprawdopodobna; widział bowiem chorych, którzy uciekli z powodu bólów z zakładu Freunda do Łodzi.

Kol. Makower. Nie można zbyt wiele wymagać od metody leczniczej, która przynosi ulgę chorym na raka już uważanym za zupełnie straconych. *„Krebsbereitschaft"* a usposobienie do raka są pojęciami odmiennymi, natomiast wysunięte przez dra Lewenfisza sprawy zasadnicze są słuszne.

Sekretarz: *Dr A. S. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Różne.

Z kraju.

Na podstawie rozporządzenia Wojewody Białostockiego ze strefy nadgranicznej zostały wyłączone Druskieniki, mimo, że są położone bezpośrednio przy granicy polsko-litewskiej nad Niemnem. Motywem tego wyłączenia była chęć nie przeszkadzanie swobodzie pobytu i poruszania się w Druskienikach, jako w największym zakładzie kąpielowym północno-wschodniej Polski.

Frekwencja gości w uzdrowiskach w r. ub. przedstawiała się w sposób następujący (w nawiasach cyfry za rok 1935): Busko — 5.749 (5.552), Iwonicz — 9.298 (9.047), Inowrocław — 5.656 (5.409), Jaremcze — 5.612 (3.759), Krościenko — 2.415 (1.806), Morszyn — 6.445 (4.368), Muszyna — 4.989 (3.647), Piwniczna — 2.368 (1.328), Rymanów — 2.401 (2.061), Szczawnica — 8.498 (7.745), wybrzeże morskie — 50. 941 (38.820, poza tym osobno Gdynia-Orłowo — 4.457 (3.218), Zaleszczyki — 4.350 (4.028). Jak z tego wynika, frekwencja w uzdrowiskach krajowych w r. ub. nie tylko wzrosła pokaźnie w porównaniu z rokiem poprzednim, ale w szeregu wypadków sięgała cyfr rekordowych dla poszczególnych uzdrowisk lub zbliżała się znacznie do poziomu z najlepszych lat przedkryzysowych.

Stany Zjednoczone.

W stanie Illinois wydano ustawę, że wszystkie osoby, mające zamiast wstąpić w związki małżeńskie winny przedstawić świadectwo lekarskie i świadectwo badania laboratoryjnego, że są wolne od chorób wenerycznych. Badania w tym celu przeprowadza się bezpłatnie w miejskich zakładach i urzędach zdrowia. Ustawa podobna obowiązuje już w kilku stanach, a kilka zamierza ją wprowadzić.

W r. 1936 zanotowano w Stanach Zjednoczonych 3.475 zgonów lekarzy wobec 3.319 w 1935 r. Średni wiek wynosił 64 lata, wobec 62,2 w 1935 r. Najczęstszą przyczyną śmierci były choroby serca. Samobójstw zanotowano 59, wobec 47 w 1935 r.

Japonia.

W Dairen przeprowadzono badanie radiologiczne i kliniczne 48 dzieci w pewnej szkole, które wykazało u 35% gruźlicę utajoną, choć wyglądały pozornie zdrowo. Obecnie są przeprowadzane we wszystkich szkołach japońskich dokładne badania w celu wykrycia przypadków gruźlicy.

Komunikaty.

XXI Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy odbedzie się w Warszawie w czasie od 12—17 września 1937 r.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.